
Muistisairaiden iäkkäiden fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen
Opas palvelukeskuksen käyttöön



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

HAMK, syksy 2013

Jessica Nieminen

Jessica Nieminen



HAMK
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja

Tekijä	Jessica Nieminen	Vuosi 2013
Työn nimi	Muistisairaiden iäkkäiden fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen – opas palvelukeskuksen käyttöön	

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda opas muistisairaiden iäkkäiden fyysisen toimintakyvyn edistämiseksi ja ylläpitämiseksi Heikanrinteen palvelukeskukseen, Kielokotiin. Oppaan tarkoitus oli tulla avuksi uusille työntekijöille ja osaksi perehdytystä Kieloon. Tavoite oli edistää Heikanrinteen palvelukeskuksen muistisairaiden iäkkäiden fyysisen toimintakyvyn ylläpitämistä ja edistämistä.

Opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö. Se toteutettiin tekemällä opas, jossa kuvataan, millä tavoin Kielokodissa voidaan paremmin toteuttaa asiakkaiden fyysisen toimintakyvyn ylläpitämistä ja edistämistä. Oppaan suunnittelun tukena toimi ohjausryhmä, johon kuului neljä Kielokodin työntekijää. Oppaassa keskeisessä osassa on muistisairaana iäkkään kannustamisen tärkeys itsenäiseen toimimiseen. Myös hoitajien asenne ja arvostus iäkkäitä kohtaan korostuvat, jotta he voisivat huomioida mahdollisimman hyviä iäkkäiden fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisen ja edistämisen.

Opas on jaettu osioihin liikkuminen, peseytyminen ja pukeutuminen, ruokailu ja wc-toiminnot. Oppaassa on kuvia, jotka otin Kielokodissa. Opas sisältää myös jumppaohjeita, MMSE-testin, aivoverenkiertohäiriöpotilaan asentohoidon ohjeita, ergonomiaoheita ja aiheeseen liittyvän tutkimuksen.

Jatkossa voisi pohtia, miten hoitajien aika ja motivaatio vaikuttavat iäkkäiden toimintakyvyn ylläpitämiseen ja edistämiseen. Kehittämistyössä on tärkeää huomioida myös laajemmin muut toimintakyvyn osa-alueet eli psyykkinen, sosiaalinen ja kognitiivinen. On mietittävä että, miten ne vaikuttavat myös fyysiseen toimintakykyyn.

Avainsanat toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen, fyysinen toimintakyky, muistisairas iäkäs ja muistisairaudet

Sivut 25 s.

FORSSA
Degree Programme in Nursing
Registered Nurse

Author	Jessica Nieminen	Year 2013
Subject of Bachelor's thesis	Maintaining and promoting physical function ability of elderly people suffering from memory disorder - a guide for a service centre	

ABSTRACT

The goal was to develop a guide for maintaining and promoting the physical function ability of elderly people suffering from memory disorder, to be used in Heikanrinne service centre. The aim was to improve the function ability of elderly people suffering from memory disorder by help of the guide in Heikanrinne service centre. The aim was also to get the guide to help new employees and to be a part of induction training.

The thesis is a functional thesis. It was executed by drawing up the guide, which describes how in Kielokoti maintaining and promoting clients' physical function ability can be achieved better. The guide was designed with the steering group, which included four employees from Kielokoti. The importance of encouraging an elderly person suffering from memory disorder to independent function is a key issue in the guide. Also nurses' attitude and respect towards elderly people are emphasized, so that they could take into account maintaining and promoting elderly people's physical function ability in the best possible way.

The guide is divided into sections moving, washing and dressing, dining and toilet functions. In the guide there are photos taken by the author in Kielokoti. The guide also includes instructions to the gym, the MMSE-test, cerebrovascular accident patient position care instructions, ergonomic indication and a research pertaining to the topic.

In the future, it could be considered how nurses' time and motivation influence elderly people's function ability maintenance and promotion. It is also important to take into account other function ability sectors like psychological, social, and cognitive; in the development work. It has to be considered how, on the other hand, they affect physical functioning.

Keywords function ability maintenance and development, physical function ability, people suffering from memory disorder and dementia

Pages 25 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	4
2	MUISTISAIRAUDET JA IÄKKÄIDEN TOIMINTAKYKY.....	5
2.1	Toimintakyky	6
2.2	Toiminnan vajeus	7
2.3	Toimintakykyä heikentävät sairaudet.....	8
2.4	Muistisairaana iäkkään toimintakyvyn arvioinnin menetelmiä	9
2.4.1	ICF-luokitus	10
2.4.2	RAVA ja FIM.....	11
2.4.3	MMSE ja RAI.....	11
2.4.4	Muita toimintakyvyn mittaamisen menetelmiä	12
2.5	Muistisairaana iäkkään fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen..	13
3	HOITOTYÖN TOIMINTOJEN MERKITYS IÄKKÄIDEN TOIMINTAKYVYN YLLÄPITÄMISESSÄ.....	15
3.1	Muistisairaita hoitavien työntekijöiden osaaminen.....	16
3.2	Muistisairaiden iäkkäiden hoitaminen dementiayksiköissä	17
3.2.1	Liikkumisen ylläpitäminen ja edistäminen.....	19
3.2.2	Ravitsemukseen liittyvien toimintojen ylläpitäminen ja edistäminen...	20
3.2.3	Erittämisen ylläpitäminen ja edistäminen	21
3.2.4	Hygienian ja pukeutumisen ylläpitäminen ja edistäminen	21
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	22
5	OPAS IÄKKÄIDEN FYYSISEN TOIMINTAKYVYN YLLÄPITÄMISEKSI.....	23
5.1	Oppaan ulkoasu	23
5.2	Sisällölliset lähtökohdat	24
5.2.1	Liikkuminen	24
5.2.2	Peseytyminen ja pukeutuminen	25
5.2.3	WC-toiminnot.....	26
5.2.4	Ruokailu	26
5.2.5	Ergonomia	27
5.3	Oppaan liitteet ja lisämateriaali.....	28
5.4	Oppaan arviointi.....	29
6	POHDINTA.....	30
6.1	Eettisyys ja luotettavuus.....	30
6.2	Oma oppiminen	31
6.3	Toimintakykyä tukevan hoitotyön toteuttaminen	32
	LÄHTEET	33

1 JOHDANTO

Toimeksiantajani on Heikanrinteen palvelukeskus. Heikanrinteen palvelukeskuksessa forssalaiset vanhukset saavat ympärivuorokautista tehostettua palveluasumista turvallisessa ja virikkeellisessä hoitoympäristössä. Opinnäytetyöhön osallistuu Heikanrinteen palvelukeskuksen yksikkö Kielokoti, jossa on 20 tehostetun palveluasumisen paikkaa ikäihmisille. Opinnäytetyön tarkoitus on luoda ohjeistus asiakkaiden fyysisen toiminta-kyvyn edistämiseksi ja ylläpitämiseksi Heikanrinteen palvelukeskuksen Kielokotiin.

Toimintakyvyn edistäminen on moninainen prosessi ja sille on mahdollista luoda erilaisia tavoitteita. Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee toimintakykyä ylläpitäväksi ja edistäväksi toiminnaksi toimenpiteet, jotka vähentävät toiminnanvajavuutta ja siitä aiheutuvia haittoja. (Pirttilä 2004, 12.)

Ikääntymiseen liitetään toimintakyvyn heikkenemiseen johtavia tekijöitä. Kuitenkaan heikko toimintakyky ei ole vanhenemisen väistämätön seuraus, vaan elintavat vaikuttavat paljon toimintakyvyn säilymiseen. Tutkimusten mukaan fyysisen aktiivisuuden edistäminen tuottaa hyviä tuloksia ikääntyneiden parissa. Myös sosiaaliset suhteet ja osallistuminen sosiaaliseen toimintaan ovat hyvin tärkeitä fyysisestä toimintakykyä edistäviä ja ylläpitäviä tekijöitä iäkkäillä. Liikunta-aktiivisuutta iäkkäillä ovat heikentäneet taitojen ja motivaation puute. Tietynlaista liikkumattomuutta ovat ylläpitäneet käsitykset siitä, että liikunta ei ole sopivaa ikääntyneille. (Heinonen 2007.)

Opinnäytetyö toteutetaan tekemällä opas, jossa kuvataan, millä tavoin Kielokodissa toteutetaan asukkaiden fyysisen toimintakyvyn ylläpitämistä ja edistämistä. Aluksi on pohdittava Kielon nykytila fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisen ja edistämisen hoitotyön osalta, jotta näitä asioita olisi mahdollista edistää. Kielokodissa suurimmalla osalla iäkkäistä on jokin muistisairaus, joka on huomioitava opinnäytetyötä tehdessä. Kielokodissa iäkkäät ovat noin 65–95-vuotiaita.

Keskeiset käsitteet ovat toimintakyvyn edistäminen ja ylläpitäminen, fyysinen toimintakyky, muistisairas iäkäs sekä muistisairaudet.

2 MUISTISAIRAUDET JA IÄKKÄIDEN TOIMINTAKYKY

Kansaneläkelain (568/2007) mukaan vanhuuseläkkeen ikäraja on 65 vuotta. Nykypäivänä iäkkäiden elämäntyyli ja toimintakyky on muuttunut niin, että vanhuuden katsotaan alkavan paljon myöhemmin kuin aikaisemmin. Monet yli 60-vuotiaat ovat sitä mieltä, että ”ikäntynyt” tai ”vanhus” -käsitettä on sopivaa käyttää vasta yli 85-vuotiaista. Iäkkäitä käsitellessä sopivia käsitteitä ovat ”iäkäs ihminen”, ”ikäntynyt”, tai ”ikäntyvä”. (Suominen 2008, 5.)

Routasalon (2004, 87) mukaan muistisairaana iäkkään hoitotyö lähtee siitä, että iäkäs on itse oman terveytensä ja toimintakykynsä ylläpitäjä. Iäkäs käyttää niitä toimintakykynsä alueita, jotka mahdollistavat arjessa selviytymisen. Toimintakykyä ylläpitävän hoitotyön keinoin voidaan tukea iäkkään omaa toimintaa ja auttaa toiminnoissa, joista hän ei itse enää selviydy. Auttamisen ja tuen lähtökohta on, että hoitajat tietävät iäkkään omat voimavarat sekä toimintakyvyn heikot ja vahvat alueet.

Muistin heikentyminen on iäkkäällä tavallinen oire. Muistisairauksien oireiden aiheuttaja saattaa olla vakava elimellinen aivosairaus, mutta niitä voivat aiheuttaa myös monet toiminnalliset tilat. Dementiaan liittyy aina hyvin laaja-alainen kognitiivisten kykyjen ja toimintakyvyn heikentyminen sekä suoriutumisen heikkeneminen, joka johtaa myöhemmässä vaiheessa avun tarpeeseen. Kognitiivista heikentymistä aiheuttavista rappeuttavista aivosairauksista on hyvä käyttää käsitettä etenevät muistisairaudet. Taudin edetessä muistisairauksista kärsivät iäkkäät dementoituvat, jolloin puhutaan dementiapotilaista. Muistisairauksiin ja dementiaoireyhtymään liittyviä oireita ovat päättelyn, muistin ja toiminnanohjauksen häiriöt, usein iäkkäällä on myös afasiaa, agnosiaa ja apraksiaa. Kognitiiviset oireet ovat monesti eteneviä, mutta voivat säilyä myös samanlaisina tai parantuvat osittain. (Sulkava 2010, 120–121.) Eloniemi-Sulkavan ja Sulkavan (2008, 82) mukaan muistamattomuuden taustalla ei ole elimellistä syytä, jos hukassa olleet tavarat löytyvät hetken päästä helposti ja iäkäs selviytyy samoista asioista kuin ennenkin elämässään.

Yleisimmät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti (60 %), Lewyn kappale-tauti (15–20 %) ja vaskulaarinen dementia (15 %). Nämä sairaudet voivat esiintyä myös samanaikaisesti. Dementiatasaisen kognitiivisen häiriön yleisyys lisääntyy hyvin nopeaa vauhtia ikääntymisen myötä (taulukko 1.). Näin ollen väestön ikääntyessä muistisairautta sairastavien lukumäärä kasvaa huomattavasti tulevina vuosikymmeninä (taulukko 2.). (Sulkava 2010, 123.)

Taulukko 1. Vaikean ja keskivaikean dementian esiintyvyys eri ikäryhmissä.

Ikä (v)	Esiintyvyys (%)
30-64	0,26
65-74	4,2
75-84	10,7
85-	36
yli 65	9
yli 75	16

(Sulkava 2010, 125).

Taulukko 2. Dementiatasoisesta muistisairaudesta kärsivien arvioitu määrä vuoteen 2015 mennessä.

	Vuosi		
Ikä (v)	2005	2010	2015
30-64	6 500	6 500	6 300
65-74	18 700	21 100	27 000
75-84	31 500	32 300	33 900
85-	28 600	33 700	38 300
Kaikki	85 300	93 600	105 500

(Sulkava 2010, 125).

2.1 Toimintakyky

Toimintakyky jaetaan fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja kognitiiviseen toimintakykyyn. Fyysisiin tekijöihin kuuluvat: kyky selviytyä arjen töistä, joita ovat asiointi kaupassa tai postissa, ruuan laitto, pyykinpesu ja siivoaminen. Siihen kuuluvat myös kyky selviytyä päivittäisistä toiminnoista: peseytyminen, ruokailu, wc:ssä käynnit ja pukeutuminen. Fyysisiin tekijöihin liittyy myös liikuntakyky eli liikkuminen kotona ja sen ulkopuolella, sairaudet ja niiden vaatima hoito, kyky huolehtia lääkityksestä, kaikki aistitoiminnot, kipu, apuvälineiden tarve, ihon kunto, suun terveysongelmat ja ravitsemustila. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 3.)

Psyykkiseen toimintakykyyn kuuluvat: selviytymisstrategiat, persoonallisuus, voimavarat ja tunteiden ilmaisu sekä käsittely. Sosiaaliseen toimintakykyyn kuuluvat kyky käyttää puhelinta tai kommunikointi muiden kanssa ja kyky ilmaista itseään. Siihen vaikuttavat laajasti sosiaaliset verkostot ja asumismuoto sekä osallistumismahdollisuudet toimintaan kodin ulkopuolella. Kognitiivisen toimintakyvyn osa-alueeseen kuuluu yleisesti mieliala, mielenterveyden sairaudet ja häiriöt, käytösoireet sekä turvallisuus/turvattomuus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 3.) Tässä opinnäytetyössä lähtökohtana on fyysinen toimintakyky.

Monissa gerontologisissa tutkimuksissa on todettu, että ihmisen reaktio-aika nopeutuu yksinkertaisissa ja monivalintatehtävissä 25. ikävuoteen asti

ja tämän jälkeen reaktioaika alkaa vähitellen hidastua. Suoritus hidastuu iän myötä sitä enemmän, mitä monimutkaisempi tehtävä on. Toimintojen hidastuminen on yksi vanhenemisen erityispiirre. (Salonen & Pohjolainen 2012, 236.)

Terveys 2000-tutkimuksen mukaan iäkkäiden henkilöiden toimintakyky on aina vaan tärkeämpi omatoimisuuden edellytysten ja palvelutarpeiden määrittäjä. Tutkimuksessa selviää, että yli 90 % kaikista 65–74-vuotiaista selviytyy ilman vaikeuksia pukeutumisesta ja riisuutumisesta, mutta 85-vuotta täyttäneistä vain puolet selviytyvät omatoimisesti näistä toiminnoista. Jopa yli 40 %:lla 75-vuotta täyttäneistä on vaikeuksia selviytyä kaupassa käymisestä. 75–84-vuotiaista neljäsosa ja 85 vuotta täyttäneistä yli puolet ei kykene kävelemään rajanopeutta 0,8 m/s, eli he eivät ehdi kadun yli vihreän valon palaessa. Tutkimuksen mukaan näkö ja kuulo heikkenevät 55. ikävuodesta alkaen ja niiden heikkeneminen nopeutuu yhä 65. ikävuoden jälkeen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002.)

2.2 Toiminnan vajaus

Vanhenemiseen ja rappeuttaviin pitkäaikaissairauksiin voi liittyä vahvasti toimintakyvyn asteittaista heikentymistä, joka tulee ilmi ensin vaativien päivittäisten toimintojen karsiutumisena, kuten kutsujen järjestäminen ja aktiivinen liikunta. Tämän jälkeen tulee ongelmia tavallisten asioiden hoitamisessa, kuten taloustöissä ja kaupassa käynnissä. (Huusko, Pitkälä & Valvanne 2010, 438–439.)

Toiminnan vajaus on vaikeus tai avun tarve päivittäisissä toiminnoissa, joita tarvitaan itsenäiseen elämiseen. Toiminnan vajauksesta voidaan puhua, kun iäkkään henkinen tai fyysinen toimintakyky ei riitä ympäristön asettamiin vaatimuksiin. Näin ollen iäkkään fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavat iäkkään omat kyvyt sekä sosiaalinen ja fyysinen ympäristö. Toiminnan vajauksen synty on ajateltu prosessiksi, jossa sairauksien patologia johtaa fysiologisiin vaurioihin ja elinten toiminnan heikkenemiseen ja näin ollen lopulta toiminnan vajauksiin, esimerkiksi liikuntaesteet. Toiminnan vajaukset vaikuttavat yksilöllisellä tavalla iäkkään mahdollisuuksiin osallistua oman asuinyhteisönsä toimintoihin ja selviytymiseen arjessa. (Huusko ym. 2010, 439.)

Huusko ym. (2010, 440) kertoo, että toimintakykyyn ja sen vajauksiin vaikuttavat yksilö itse, sosiaalinen ja kulttuurinen järjestelmä, elämäntavat sekä sosiaaliset suhteet ja ympäristö. Iäkäs on sitä alttiimpi ympäristön vaikutuksille, mitä enemmän oma toimintakyky laskee. Tämän vuoksi esimerkiksi asuminen samassa ympäristössä luo mahdollisuuden pidentää autonomista elinaikaa. Esteetön, turvalliseksi koettu ja helppokulkuinen ympäristö vanhenevan iäkkään kotona edistää selviytymisen kokemusta. Toisaalta toimintakyvyn määrittäminen ainoastaan sairaala- tai laitospäristössä saattaa antaa väärän kuvan iäkkään kotona selviytymisestä, ellei

tunnetta iäkkään asuin- ja elinympäristön vaatimuksia. Läheisten näkemykset ovat tässä myös tärkeitä.

Nykyään on pyritty erottamaan toisistaan toiminnan vajaukset monisairastavuudesta ja haurastumisesta. Monisairastavuus on yleisintä ikääntyneessä väestössä. Noin kolmanneksella 65–79-vuotiailla ja 70 %:lla 80 vuotta täyttäneistä on vähintään kaksi sairautta. Hauraus-raihnausoireyhtymä määritellään alttiuksille erilaisille negatiivisille terveysvaikutuksille, kuten kaatumisille, toiminnan vajauksille, pitkäaikaiselle avun tarpeelle sekä kuolleisuudelle. Haurauteen kuuluvat esimerkiksi alhainen paino, osteoporoosi, liikunnan vähyys, pelko kaatumisesta ja väsymys. Hauraita henkilöitä arvellaan olevan 7 prosenttia 65 vuotta täyttäneistä suomalaisista ja 30 prosenttia 80 vuotta täyttäneistä. Toisaalta monisairastavuus ja hauraus saattavat johtua toiminnan vajauksesta. Monisairastavuus, hauraus ja toiminnan vajeus saattavat esiintyä samanaikaisesti, mutta myös kaksin tai yksinään. (Huusko ym. 2013, 440–441.)

Toiminnan vajeus voi syntyä hitaasti tai tulla äkillisesti. Hitaasti etenevän toiminnan vajauksen esiintyvyys kasvaa iän karttumisen mukana. Äkillisen toiminnan vajauksen syynä voi olla yleensä äkillisesti alkanut sairaus tai sen paheneminen. Siihen liittyy suurempi kuolleisuus kuin hitaasti etenevään toiminnan vajaukseen. Hitaasti etenevän toiminnan vajauksen syynä on usein lihasten käyttämättömyys tai etenevä sairaus, väsymys ja voimattomuus, etenevä lihaskato ja liikkumattomuus; näin ollen siihen liittyy vahvasti eriasteinen haurastuminen. (Huusko ym. 2010, 441.)

Toiminnan vajauksiin vaikuttavat fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky. Toisaalta siihen vaikuttavat myös fyysinen ympäristö ja käytettävissä olevat apuvälineet. Nämä kaikki tekijät on otettava huomioon pohdittaessa iäkkään fyysisen toimintakyvyn ylläpitämistä ja edistämistä. Toisiinsa nivoutuvat sisäiset ja ulkoiset tekijät vaikuttavat iäkkään avun tarpeeseen johtavaan hoitoketjuun. Tämän hahmottaminen helpottaa iäkkäiden kanssa työskenteleviä henkilöitä kohdistamaan ennaltaehkäisyä, hoidon sekä toimintakyvyn ylläpitämisen ja edistämisen tarkoituksenmukaisesti. (Huusko ym. 2010, 441.)

2.3 Toimintakykyä heikentävät sairaudet

Toimintakyvyn heikentymiseen liittyy muitakin tekijöitä kuin ikääntyminen. Iäkkäiden toiminnan rajoitteiden syyt ovat Alzheimerin tauti ja muut dementiaa aiheuttavat sairaudet, aivohalvauksen jälkitilat, sydänsairaudet sekä tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Suurten nivelten, kuten olkanivelen ja polvinivelen, liikelaajuus vaikuttaa perustoimintojen vaikeutumiseen. Erilaisiin laitoshoitomuotoihin johtavat yleisemmin dementoituminen, aivohalvaus, lonkkamurtumat ja psykiatriset sairaudet. Erittäin iäkkäillä, dementia on suurin toiminnan vajauksen syy. Akuuttisairaaloiden suurimmat määrät iäkkäistä ovat aivohalvaus- ja lonkkamurtumapotilaat. (Huusko ym. 2010, 441.)

Parkinsonin tauti, kroonisesti ahtauttavat keuhkosairaudet ja silmänrappeumatauti ovat vähemmän yleisiä, mutta usein rajoittavat iäkkäiden huomattavasti toimintakykyä. Yksinäisyys ja masennus kuuluvat tiiviisti raihnaantumiseen, voimistavat toiminnan vajauksen kokemusta ja lisäävät laitoshoidon siirtymisen todennäköisyyttä. (Huusko ym. 2010, 441.)

Toimintakyky on hoidon ja diagnostiikan haaste. Tiettyjen lääkkeiden sivuvaikutukset ja monet eri sairaudet voivat johtaa samankaltaiseen kliiniseen ilmiasuun, yleiseen haurastumiseen. On muistettava, että iäkkäiden toimintakykyä rajoittaa usein 2–3 sairautta samanaikaisesti. Rappeuttaviin sairauksiin liittyvä toimintakyvyn heikentyminen on ikääntyvien naisten ongelma, enemmän kuin miesten. Iäkkäät miehet sairastavat useammin henkeä uhkaavia sairauksia kuin naiset. Näin ollen miehillä ei ole yhtä tavallista toimintakyvyn rajoittuminen. Toisaalta toiminnan vajauksista kärsivillä miehillä on mahdollisesti puoliso, joka auttaa päivittäisissä toiminnoissa. Haurastuminen on miehillä hitaampaa suuremman lihassmassan ja -voiman vuoksi. (Huusko ym. 2010, 441–442.)

2.4 Muistisairaana iäkkään toimintakyvyn arvioinnin menetelmiä

Erilaisissa hoito- ja vuorovaikutustilanteissa muistisairaana kanssa saadaan tärkeää tietoa hänen toimintakykynsä eri osa-alueista. Näin on mahdollista havainnoida iäkkään orientaatiota aikaan ja paikkaan, muistia, ymmärtämistä, puheen tuottamista ja eri aistitoimintoja. Päivittäinen muistisairaana iäkkään havainnoiminen antaa tietoa iäkkään kyvystä pukeutua, peseytyä, liikkua ja syödä. Havainnoimalla saadaan tietää myös iäkkään omista persoonallisista toimintatavoista sekä niistä toimimisen tavoista, joista hän itse eniten pitää ja hyötyy. (Haikarainen ym. 1997, 78.)

Muistisairaana iäkkään toimintakyvyn arvioinnissa korostuu erityisesti omahoitajan rooli. Yleisesti omahoitaja on perehtynyt tarkemmin oman asiakkaansa tilanteeseen ja sopiviin auttamismalleihin. Suullisen raportoinnin ja kirjallisen suunnitelman avulla omahoitaja kertoo muulle henkilökunnalle oman asiakkaansa toimintakyvystä ja siinä mahdollisesti tapahtuneista muutoksista. Toisaalta muistisairaana toimintakyvyn arvioinnissa ja seurannassa ei yksin riitä omahoitajan havainnointi, vaan siinä on hyödynnettävä koko henkilökunnan tietoja ja taitoja. Kaikki muistisairaana kohdalla tehdyt havainnot on kirjattava selkeästi ja yksityiskohtaisesti. Arvioiva kirjaaminen on avuksi näkemään iäkkään kunnossa tapahtuneet muutokset sekä löytämään oikeat tavat auttaa ja tukea. (Haikarainen ym. 1997, 78.)

Iäkkäiden toimintakyvyn mittaamiseen on olemassa erilaisia mittareita. ICF-luokituksen tarkoitus on auttaa hahmottamaan toimintakykyä käsitteenä. Sen avulla pyritään vahvistamaan riittävän monipuolinen ja kattava arviointi henkilöiden yksilöllinen elämäntilanne ja ympäristö huomioiden. (Sosiaaliportti 2013.) Toimintakyvyn mittaamiseen käytetään usein hoitoisuutta ja päivittäisiä toimintoja kuvaavia mittareita, joita ovat esimerkiksi RAVA ja FIM. Aivojen vajaatoimintaa kuvaavista mittareista yleisimmin

käytössä on MMSE. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola 2007, 37.) RAI on iäkkäiden hoidon tarpeen ja laadun sekä kustannusten arviointi- ja seurantajärjestelmä (Sosiaaliportti 2013).

2.4.1 ICF-luokitus

WHO on kehittänyt kansainvälisen ICF-luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health) toimintakyvyn arvioimiseksi. Se tarjoaa yhtenäisyyttä työhön sovellettavaksi, palveluiden kehittämiseen sekä niiden tutkimiseen. ICF on toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Luokituksessa on kaksi erillistä osaa, jotka molemmat koostuvat kahdesta osiosta. Ensimmäinen osa käsittelee toimintakykyä ja toiminnan rajoitteita. Toimintakyky ja toiminnan rajoitteet muodostuvat ruumiin ja kehon toiminnoista, ruumiin rakenteista ja osallistumisesta sekä suorituksista. Ruumiin ja kehon toiminnoilla tarkoitetaan fysiologisia ja psykologisia toimintoja, esimerkiksi aistitoimintoja ja tuki- ja liikuntaelimistöön liittyviä toimintoja, kuten tasapaino, liikkuvuus ja lihasvoima. Ruumiin rakenteilla tarkoitetaan ihmisen ruumiin anatomisia osia, esimerkiksi silmä ja korva sekä niihin liittyvät rakenteet. Osallistuminen tarkoittaa esimerkiksi sosiaalisia suhteita. Suoritukset ovat erilaisia toimia tai tehtäviä, esimerkiksi itsestä huolehtimien, liikkuminen, tasapainon vaihtaminen ja ylläpitäminen. (International Classification of Functioning, Disability and Health 2001.)

Toisen osan tilannetekijät muodostuvat yksilö- ja ympäristötekijöistä. Nämä tekijät eli ihmisen elämänpiiriin kuuluvat tekijät käsittävät elämisen koko taustan ja ihmisen elämän. Ympäristötekijät ovat fyysinen ja sosiaalinen ympäristö, jossa ihmiset asuvat ja elävät. Ympäristötekijöillä tarkoitetaan esimerkiksi perhettä, ystäviä ja erilaisia apuvälineitä. Nämä tekijät saattavat vaikuttaa myönteisesti tai kielteisesti iäkkään suoriutumiseen yhteiskunnan jäsenenä sekä kykyyn toimia ja kehon toimintoihin. ICF-luokitus antaa tietoa laajan toimintakyvyn kokonaisuuden hahmottamiseksi. Se antaa myös tietoa riittävän monipuolisen ja kattavan tuen arviointiin. Luokituksen on tarkoitus kuvata, miten lääketieteellinen terveydentila vaikuttaa kaikkiin toimintakyvyn osa-alueisiin. Luokituksen avulla voidaan perustella, että yhteen toimintakyvyn osa-alueeseen kohdistuva kuntoutus vaikuttaa todella kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn. (International Classification of Functioning, Disability and Health 2001.)

2.4.2 RAVA ja FIM

RAVA on toimintakykyä ja avuntarvetta kuvaava mittari, jonka avulla pyritään arvioimaan toimintakyky ja hoitoisuusaste. RAVA:a voidaan käyttää esimerkiksi silloin, kun valitaan hoitomuotoja. Mittari koostuu kahdestatoista osiosta, joista kymmenen kuvaa fyysistä toimintakykyä ja kaksi osiota kuvaa muistia ja psyykettä. Kotona asuville iäkkäille on myös asumista selvittävä osio. RAVA:n jokaisessa osiossa on toimintoon liittyviä vaihtoehtoja, joista hoitaja valitsee sopivimman. Tämän lomakkeen täyttö perustuu täysin hoitajan arvioon. Loppuosassa on haastatteluosuus, jossa on mielialatesti ja henkisen kapasiteetin testi. Sähköinen ohjelma laskee arvioitavalla indeksiarvon, joka voi saada arvot 1,29–4,03. Mitä pienempi luku, sitä omatoimisempi iäkäs on. (Aejmelaus ym. 2007, 39–40.)

FIM-mittarilla osoitetaan iäkkään rajoittuneen toimintakyvyn taso sekä määritellään avuntarvetta ja siinä tapahtuvia muutoksia. Mittarin on suunniteltu niin, että siihen kuuluu vähimmäismäärä arvioitavia päivittäisiä perustoimintoja. Sen avulla arvioidaan 18 päivittäistä toimintaa. Ne on jaettu 13 motoriseen ja 5 kognition toimintaan. Jokaisen arvioitavan osa-alueen taustana on avuntarve. Paljon iäkäs tarvitsee apua selviytyäkseen päivittäisissä toiminnoissa? Selviääkö hän toiminnasta vain apuvälineen turvin? Tarvitaanko avustajaa? (Finnish Consulting Group 2013.)

2.4.3 MMSE ja RAI

MMSE-testi on älyllisen toimintakyvyn arviointiin tarkoitettu lyhyt testi. Sitä voidaan käyttää, jos iäkkäällä epäillään muistihäiriötä. Tämä testi sopii seulontaan ja älyllisen muutoksen arviointiin. Sen kysymysten ja tehtävien avulla voidaan saada käsitys ikääntyneen mieleenpainamiskyvystä ja palauttamisesta, orientaatiosta, tarkkavaisuudesta, laskutaidosta ja keskittymiskyvystä. MMSE-testin korkein mahdollinen pistemäärä on 30. Alle 24 pisteen tulos tarkoittaa yleensä poikkeavaa älyllistä toimintakykyä. Testiin vaikuttavat puhehäiriöt, koulutus ja sosiaalinen asema. MMSE:n avulla yksin ei voida todeta iäkkäällä olevan muistihäiriötä. (Aejmelaus ym. 2007, 43–44.)

RAI-tietojärjestelmä on vanhuspalveluihin kehitetty joukko yhteismitallisia arviointivälineitä. Tämän perustana on ollut huoli iäkkäiden hoidon tasosta, elämänlaadusta, kustannusten kasvusta sekä erilaisten esteiden ja rajoittimien käytöstä hoitotyössä. Arvio tehdään, kun iäkäs tulee laitoshoidon piiriin tai kun iäkkään toimintakyky muuttuu oleellisesti. Arvio tehdään kaksi kertaa vuodessa. RAI-järjestelmään on yhdistetty erilaisia ulottuvuuksia, joita ovat: dementia-aste, depressio, kuntoutus, ravitsemus, hoidon ja voimavarojen tarve, lääkkeet ja sairaudet. (Aejmelaus ym. 2007, 40.)

Mittaria on mahdollista hyödyntää hoitotyön suunnitelmien teossa. RAI:n avulla yritetään löytää ikääntyneen toimintakyvyn vahvuudet ja heikkou-

det. Tähän mittariin sisältyvät hoidon laatuindikaattorit antava tietoa iäkkään riittämättömästä ravitsemuksesta, liiallisesta lääkityksestä ja makuutavista hoitotavoista. Näitä tietoja voidaan hyödyntää hoidon laadun seurannassa laitoksissa ja päivittäisissä toiminnoissa. (Aejmelaus ym. 2007, 41.)

RAI:n avulla voidaan seurata iäkkäitä, jotka syövät yli yhdeksää lääketta kerralla. Mittari kerää tietoa myös unilääkkeiden ja rauhoittavien lääkkeiden määrästä. RAI hälyttää painehaavariskeistä, jolloin voidaan harkita asentohoitoja ja kiinnitetään erityistä huomiota liikuntaan. Kustannusten ja hoidon laadun välistä suhdetta voidaan arvioida RAI:lla. (Aejmelaus ym. 2007, 41.)

2.4.4 Muita toimintakyvyn mittaamisen menetelmiä

Fyysistä toimintakykyä voidaan mitata erilaisilla lihasvoimamittauksilla, tasapainotesteillä, nivelten liikkuvuuden mittauksilla, askelmatesteillä ja kävelynopeustesteillä. Mittareiden ja testien ohella on muistettava hoitajan omat havainnointimahdollisuudet. Jo pelkällä keskustelulla iäkkään kanssa saadaan hyvin paljon arvokasta tietoa hänen psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä. Hoitajan havainnoidessa ikääntynyttä tämän liikkuesssa ja suorittaessa monenlaisia toimintoja, saa hoitaja käsityksen siitä, mihin ikääntynyt pystyy. Iäkkään omat kokemukset siitä, mihin hän pystyy itsenäisesti ja miten hän kokee erilaiset asiat, auttavat paljon hoitajia asettumaan iäkkään asemaan ja näin miettimään hänen hoidontarvettaan. (Aejmelaus ym. 2007, 44.)

Toisaalta omahoitajan merkitys on suuri toimintakyvyn muutoksien huomioimisessa. Jos omahoitaja tuntee oman iäkkäänsä hyvin, huomaa hän nopeasti mahdolliset toimintakyvyn muutokset iäkkäässä. Näin toimintakyvyn muutoksiin voidaan puuttua varhaisessa vaiheessa. Ikääntyneen siirtyessä sairaalaan tai laitoshoitoon, hyvä raportointi ja kirjaaminen ovat keskeisessä asemassa. Nämä auttavat turvaamaan hoidon jatkuvuuden. (Aejmelaus ym. 2007, 43–44.)

Haikaraisen ym. (1997, 79–80) mukaan arvioitaessa muistisairaana iäkkään toimintakykyä on otettava huomioon myös toissijaiset toimintakykyä heikentävät tekijät. Näitä voivat olla esimerkiksi puutostilat, sairaudet ja mielialat. Iäkkäillä yleinen virtsatientulehdus saattaa aiheuttaa sekavuutta ja vaikuttaa merkittävästi toimintakyvyn tasoon. Masentuneisuus saattaa aiheuttaa aloitekyvyttömyyttä ja lamata tiettyjä taitoja. Myös tarpeettomasti jatkuvat tai päällekkäiset lääkkeet voivat aiheuttaa sivuvaikutuksia ja heikentää muistisairaana toimintakykyä.

Kun muistisairaana iäkkään toimintakyky on arvioitu, pitää asettaa tavoitteet. Iäkkään ja hänen omaisten kanssa yhdessä laaditun päätavoitteen lisäksi pohditaan 2–3 hoitotyön täsmätavoitetta. Nämä tavoitteet ilmaistaan konkreettisenä iäkkään toimintakyvyn ylläpysymisenä siten, että niiden toteutuminen voidaan arvioida. Jos päätavoitteena on iäkkään toimintakyvyn

ylläpitäminen päivittäisissä toiminnoissa, hoitajien on sitouduttava siihen. Hoitajien on tiedostettava se, mihin iäkäs pystyy itse ja missä hän tarvitsee hoitajan apua tai sanallista tukea. (Routasalo 2004, 88.)

2.5 Muistisairaana iäkkään fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen

Vuonna 1996 Suomessa julkistettujen dementoituvan iäkkään oikeudet korostavat oikeutta toimintakyvyn säilyttämiseen yksilöllisen avun turvin ja suunnitelmallisesti niin pitkään kuin mahdollista. Toimintakykyä ylläpitävän hoitotyön yksi tavoite on iäkkään fyysisten toimintojen ylläpitäminen. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että iäkkään liikkumista ei saa rajoittaa kaatumisen pelon vuoksi ja iäkästä tuetaan ruokailemaan itsenäisesti. (Routasalo 2004, 87.)

Toimintakykyä on mahdollista edistää koko yksilön tasolla, elinjärjestelmien tasolla ja suhteessa ympäristön yksilölle asettamiin vaatimuksiin. Fyysisen toimintakyvyn tärkeimpiä osatekijöitä ovat hapenottokyky, lihasvoima, tasapaino ja koordinaatio sekä kehon koostumus ja nivelliikkuvuus. Näitä kaikkia voi liikunnan avulla kehittää myös iäkkäillä. Esimerkiksi kuntosaliharjoittelulla voidaan lisätä iäkkään lihasvoimaa. Tällöin parannetaan ensisijaisesti yhden elinjärjestelmän suorituskykyä, mutta tämän myötä iäkkään toimintakyky voi kokonaisuudessaan parantua. Iäkkään suoriutumista suhteessa ympäristön asettamiin vaatimuksiin voidaan edistää parantamalla henkilön suorituskykyä tai alentamalla ympäristön vaatimuksia esimerkiksi palveluiden tai laitossijoituksen avulla. (Karppi & Nuotio 2008, 16.)

Kestävyyskunnolla tarkoitetaan elimistön kykyä vastustaa väsymystä pitkäkestoisessa lihastyössä. Iäkkäiden kestävyyskuntoa voidaan parantaa. Kokeellisissa 2–12 kuukautta kestäneissä harjoittelututkimuksissa 60–91 -vuotiaiden naisten ja miesten maksimaalinen hapenkulutus parani 6–38 prosenttia. (Rantanen 2008, 325–326.)

Rantasen (2008, 325–327) mukaan iän myötä tapahtuva lihasvoiman heikkeneminen on tärkeä toiminnanvajauksen riskitekijä ikääntyneillä. Monissa tutkimuksissa on käynyt ilmi, että liikuntaa harrastavilla iäkkäillä enemmän lihasvoimaa kuin iäkkäillä, jotka eivät harrasta lainkaan liikuntaa. Liikunta-aktiivisuudessa tapahtuvien muutosten on todettu olevan kiinteästi yhteydessä lihasvoiman muutoksiin iän karttuessa. Jo muutaman viikon lihaskudosta lisäävän harjoittelun avulla aikaansaatu voiman lisäys voi olla itsenäisen liikkumiskyvyn rajalla oleville iäkkäille hyvin merkityksellinen. Iäkäs, joka pystyi ennen harjoittelun aloittamista avustettuna nousemaan itsenäisesti tuolista ylös, saattaa harjoittelun ansiosta pystyä liikkumaan aivan itsenäisesti. Vain vuoteessa oleminen kiihdyttää iäkkäiden lihasvoiman heikkenemistä. Vuodelevossa iäkkäiden lihasvoima alenee noin 2 % vuorokaudessa.

Tasapainon hallinta on yksi tärkeimpiä liikuntakyvyn edellytyksiä. Iäkkäiden mielestä tasapainoon liittyvät ongelmat ovat yksi yleisimpiä arkielämää haittaavia rajoitteita. Heikentynyt asennonhallinta lisää kaatumisen riskiä. Iäkkäiden tasapainoa voi harjoittaa esimerkiksi painonsiirtoharjoitteilla sekä vaihtelemalla alustan vakautta ja laatua. Tällainen harjoittelu parantaa iäkkään kehon hahmottamista ja aistikanavien tuottaman tiedon käsittelyä sekä helpottaa sopivien motoristen vasteiden tuottamista ja niiden valintaa. Tasapainoharjoittelun myötä iäkkään kaatumisen pelko vähenee ja iäkkään omien rajoitteiden ja kykyjen tunnistaminen helpottuu. Iäkkäitä olisi hyvä ohjata ja kannustaa tasapainokyvyn harjoittamiseen jo silloin, kun tasapaino-ongelmia ei ole. (Rantanen 2008, 328–329.)

Iäkkäiden muistiin vaikuttavat edistävästi esimerkiksi aktiivisuus, harjoitus, motivaatio, hyvä kunto ja terveys sekä liikunta. Muistia heikentävät esimerkiksi passiivisuus, virikkeetön ympäristö sekä motivaation ja liikunnan puute. Liikunnan avulla on mahdollista parantaa iäkkäiden mielialaa ja vähentää masentuneisuutta. Liikunnan on todettu ehkäisevän masennusoireita, unettomuutta ja ahdistusta. Lihasten luonnollinen rentouttaminen ja kuormittaminen purkavat lihaksiin patoutuneita jännityksiä. Liikunta vaikuttaa samalla myös parantavasti verenkiertoelimistöön ja sydämeen sekä autonomisen hermoston säätelyketjuihin ja tätä kautta suoraan keskushermostoon. Liikunnan avulla voidaan lisätä sosiaalista kuntoutusta ja lisätä hyvänolon tunnetta. (Rantanen 2008, 329–330.)

Niemelä, Noro ja Vähäkangas (2013, 13, 16) tutkivat ympärivuorokautisessa hoidossa olevien asiakkaiden toimintakykyä ja terveydentilaa sekä niiden yhteyttä toimintakykyä ylläpitävään ja edistävään hoitajan toimintaan. Tutkittava aineisto kerättiin syksyn 2009 Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämästä RAI-tutkimustietokannasta. Toimintakyky oli parantunut ympärivuorokautisessa hoidossa hoitajan arvioimana verrattuna kolme kuukautta sitten olleeseen toimintakykyyn joka kymmenennellä iäkkäällä. Näillä iäkkäillä oli suhteellisen hyvä kognitio, mutta alentunut fyysinen suoriutuminen. Iäkkäillä, joilla oli vaikea kognition ja fyysisen toimintakyvyn alentuma, toimintakyvyssä paranemista näkyi noin viidellä prosentilla. Iäkkäät, joilla todettiin vaikeasti alentunut kognitio ja fyysisen toimintakyvyn alentuminen. Heistä vain alle kolmella prosentilla näkyi toimintakyvyn parantumista kolmen kuukauden aikana iäkkäistä, joilla todettiin vaikeasti alentunut kognitio ja fyysisen toimintakyvyn alentuminen.

Tutkimuksesta käy ilmi, että ympärivuorokautisessa hoidossa eniten hoitajan ohjausta saivat ne iäkkäät, joilla fyysinen toimintakyky oli parantunut viimeisen kolmen kuukauden aikana ympärivuorokautisessa hoidossa. Epävakaan terveydentilan omaavat iäkkäät saivat enemmän hoitajien ohjausta toimintakyvyn ylläpitämisessä ja edistämisessä kuin vakaan terveydentilan omaavat iäkkäät. Erityisen paljon ohjausta saivat myös iäkkäät, joilla todettiin vaikeasti alentunut kognitio ja fyysisen toimintakyvyn alentuminen. (Niemelä ym. 2013, 17–18.)

Tutkimuksessa saadut tulokset kertovat, että sosiaalinen osallistuminen oli välittömässä yhteydessä mahdolliseen toimintakyvyn ylläpitämiseen ja

edistämiseen. Hoitotyön kannalta onkin syytä miettiä, kuinka sosiaalisia voimavaroja käytetään hyödyksi, kun iäkkäitä asiakkaita motivoidaan ja tuetaan itsenäiseen toimintaan arjessa. (Niemelä ym. 2013, 18.)

3 HOITOTYÖN TOIMINTOJEN MERKITYS IÄKKÄIDEN TOIMINTAKYVYN YLLÄPITÄMISESSÄ

Toimintakykyä ylläpitävän ja edistävän hoidon keinot voivat olla samoja jokaisen muistisairaahan kohdalla, mutta toteutuksissa on huomioitava yksilölliset erot. Hoitohenkilökunnan on huomioitava jokaisessa toiminnassaan fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Tämän on näyttävä muistisairaahan jäljellä olevaa toimintakykyä ja itsenäistä toimintaa tukevana asenteena jokaisessa toiminnassa muistisairaahan kanssa. Hoidon on oltava säännöllistä, pitkäaikaista ja monipuolista. Esimerkiksi on tärkeää, että muistisairaahan hoitojaksot rytmitetään säännöllisiksi. Toimintakykyä ylläpitävän ja edistävän hoidon on kestettävä vähintään kuukausia, mieluiten vuosia. Tämän hoidon sisällöksi on otettava muistisairaahan sekä hänen perheensä arkielämään liittyviä tärkeitä asioita. (Lundgren 2000, 23–24.)

Routasalo (2002a, 254–255, 261) tutki sairaanhoitajien asennoitumista iäkkäiden toimintakykyä ylläpitävään ja edistävään hoitotyöhön liittyen. Tuli ilmi, että hoitajat asennoituvat siihen pääosin positiivisesti, mutta näkevät itse iäkkäät passiivisena osapuolena toimintakykyä ylläpitävässä ja edistävässä hoitotyössä. Tuloksista voi päätellä, että hoitajat tekevät paljon iäkkäiden puolesta sen, mitä iäkkäät pystyisivät itsekin tekemään. Tutkimuksen mukaan puolesta tekeminen lisäsi iäkkäiden riippuvuutta hoitajiin.

Sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että toimintakykyä ylläpitävä ja edistävä hoitotyö sekä iäkkään hoitaminen ovat sama asia ja, että sairaanhoitajat kaikki toimet edistävät iäkkään toimintakykyä. Opiskelijoiden, sijaisten ja uusien työntekijöiden oli tutkimuksen mukaan vaikeampi työskennellä toimintakykyä ylläpitävällä ja edistävällä työotteella. Kauan iäkkäiden kanssa työskennelleet hoitajat suhtautuivat muita myönteisemmin iäkkäiden toimintakykyä ylläpitävään ja edistävään hoitoon. Heidän mielestä toimintakykyä ylläpitävä ja edistävä hoitotyö vaatii tietoa ja kokemusta. (Routasalo 2002a, 255–260.)

Hoitoyksiköissä jokaisella muistisairaalla iäkkäällä on oltava oikeus itsensä toteuttamiseen mielekkään toiminnan avulla. Viriketoiminta on osa muistisairaahan iäkkään hoitoa ja se kuuluu jokapäiväiseen hoitotyöhön. Eri-laisen viriketoiminnan tavoite on muistisairaahan voimavarojen tukeminen ja sen avulla on muun muassa mahdollista edistää iäkkäiden keskittymisky-

kyä. Oikeanlainen viriketoiminta tuottaa iäkkäälle onnistumisen elämyksiä ja vahvistaa hänen itsetuntoaan ja myönteistä minäkuva. Tällainen toiminta ei vaadi hoitohenkilökunnalta erikoisia taitoja, vaan tietynlaista kekseliäisyyttä ja näkemystä siitä, kuinka tuoda muistisaira iäkkään päivään hieman erilaista sisältöä. (Haikarainen ym. 1997, 82.)

Hytönen, Pitkälä ja Routasalo (2007, 17–25) tekivät tutkimuksen, jossa tarkoituksena oli tutkia, miten psykososiaalinen ryhmäliikuntatilanne vaikuttaa iäkkäiden ryhmäytymiseen, ystävystymiseen ja yksinäisyyteen. Tutkimusmenetelmänä käytettiin haastattelua. Tutkimuksessa selvisi, että iäkkäiden yksinäisyys lievittyi selvästi ryhmäliikuntatilanteen aikana. Iäkkäiden mukaan liikuntatilanne toi sisältöä elämään ja voimaa jaksaa tulevaa. Sosiaalinen hyvinvointi myös kasvoi uusien ystävyyssuhteiden avulla. Iäkkäiden mukaan ryhmäliikuntatilanteella oli positiivinen vaikutus. Myös iäkkäiden psyykkinen hyvinvointi lisääntyi itsetunnon parantumisen, henkisenä virkistymisenä ja mielialan parantumisenä. Iäkkäät kokivat, että heidän fyysinen kunto, liikkumiskyky ja elimistön toiminta olivat parantuneet.

Omatoimisuuteen tukeminen on oltava jatkuvaa ja hyvin suunniteltua. Kaikkien hoitoon osallistuvien on toimittava yhteisen suunnitelman mukaan, jotta hoidon jatkuvuus on mahdollista turvata. Hoitotyön ominta aluetta on omatoimisuuden tukeminen päivittäisissä toiminnoissa. Hoitajan huumorin käyttö, ystävällisyys ja rohkaisu kannustavat iäkästä yrittämään asioita. Hoputtaminen ja kiire eivät johda haluttuihin tuloksiin. Jos hoitaja on välittää aidosti, se innostaa ikääntynyttä yrittämään enemmän. Jatkuva myönteisen palautteen antaminen ja kannustuspienistäkin onnistumisista antavat iäkkäälle toivoa toimintakyvyn ylläpitämiseen ja edistämiseen. (Aejmelaeus ym. 2007, 50–51.)

3.1 Muistisairaita hoitavien työntekijöiden osaaminen

Gustafsson, Katajisto, Stolt, Suhonen ja Puro (2012, 27) tutkivat iäkkäiden hoitotyössä työskentelevien hoitajien tyytyväisyyttä. Tutkimuksen mukaan hoitajat olivat työhönsä kohtuullisen tyytyväisiä. Tyytyväisimpiä hoitajat olivat omaan ammatilliseen asemaansa, autonomiaan ja vuorovaikutukseen. Tyytymättömiä he olivat työn vaatimuksiin, palkkaukseen ja organisaation toimintaan. Hoitajien korkea ikä oli selvästi yhteydessä vähäisempään tyytyväisyyteen työn vaatimuksista. Vastaavasti hoitajien pitkä työkokemus oli yhteydessä tyytymättömyyteen organisaation toimintaan. Sairaanhoitajat olivat lähihoitajia tyytyväisempiä palkkaukseensa.

Arven ja Routasalon (2001, 6–11) mukaan iäkkäät itse toivovat hoitotyöntekijöiltä, että he kuuntelevat iäkkäitä. He toivovat, että heidän tarpeensa ja mielipiteensä otetaan huomioon, suhtaudutaan heihin kunnioittavasti ja vakavasti. Iäkkäät pitävät hyvän hoidon edellytyksenä sitä, että hoitajat olisivat ammattitaitoisia ja persoonallisia. Lisäksi hoitajilla tulisi olla kokemusta hoitotyöstä ja todellinen kutsumus ammattiinsa. Iäkkäiden mie-

lestä ammattitaitoinen hoitohenkilökunta tuo hyvän huolenpidon ja turvallisuuden tunteen.

Muistisairaana iäkkään päivät saattavat olla erilaisia ja toisena päivänä hän tarvitsee enemmän apua kuin toisena. Näin ollen hoitajien on pystyttävä arvioimaan joka päivä iäkkään valmius omatoimisuuteen. Hoidon kirjaaminen on kaikkien muistisairaiden iäkkäiden hoitoon osallistuvien velvollisuus, eikä se ole sidoksissa tiettyyn ammattiryhmään. Kirjaamisella henkilökunnan on mahdollista osoittaa, millaista ammattitaitoa vaatii muistisairaana iäkkään toimintakyvyn tukeminen. (Routasalo 2004, 88, 90.) Hoitaja saattaa omalla toiminnallaan myös heikentää iäkkään toimintakyvyn ylläpitämistä ja edistämistä esimerkiksi sitomalla tai estämällä asiakkaan hoitoon osallistumista jättämällä hänet täysin huomioimatta (Niemelä ym. 2013, 14).

Aejmelaesusin ym. (2007, 50) mukaan hoitajien rooli on rohkaista ikääntyneitä ottamaan vastuuta omasta hoidostaan ja osallistumaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Toimintakyvyn heikentyessä, päätöksenteko ja kontrollin mahdollisuus heikkenevät. Liiallinen rutinoituminen hoitotyössä johtaa siihen, että iäkkäitä ei huomioida yksilöinä ja asioita tehdään puolesta. Toisaalta iäkkäät itse saattavat tietoisesti siirtää vastuuta asioistaan hoitajille. Hoitajilla on oltava riittävästi tietoa ikääntymisen muutoksista ja taitoa ottaa tätä tietoa mukaan päivittäisiin toimintoihin. Hoitajilla on oltava myös kykyä tunnistaa toimintakyvyn uhkia, esimerkiksi painehaavaumia ja masentuneisuutta. Toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen vaatii myös hyvää perushoitoa, omatoimisuuden tukemisen lisäksi.

Mäkisen ja Routasalon (2003, 22) tutkimuksen mukaan hoitajat olivat sitä mieltä, että kiire rajoitti hyvää hoitamista ja hoitajan omaa motivaatiota työtä kohtaan. Hoitajat pyrkivät tekemään kokonaisvaltaista työtä, mutta he kokivat riittämättömyyttä sisäistää toimintakykyä ylläpitävän ja edistävän hoitotyön malli.

3.2 Muistisairaiden iäkkäiden hoitaminen dementiayksiköissä

Noin puolet kaikista vähintään keskivaikeasti dementoituneista iäkkäistä asuu paikoissa, joissa on ympärivuorokautinen hoito. Tämä hoidon on mahdollista toteuttaa pitkäaikaissosastoilla, vanhainkodeissa tai tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Muistihäiriöisten ja muiden iäkkäiden hoito samalla osastolla voi olla hyvin haastavaa, koska muistihäiriöisillä on täysin omat erityistarpeensa, jotka voidaan huomioida vain heitä varten tarkoitetuissa hoitopaikoissa. (Sulkava 2010, 137.)

Muistihäiriöisiä iäkkäitä on yhä useammin alettu hoitaa pienissä dementiakodeissa. Nämä dementiakodit saattavat olla yksityisiä, jolloin niillä on usein kunnan kanssa ostopalvelusopimus, tai se on kunnan järjestämä palvelua iäkkäille. Näiden dementia kotien ominaisuuksia ovat kodinomaisuus, virikkeet ja mahdollisimman yksilöllinen hoito. Moniin terveyskeskuksiin ja vanhainkoteihin on perustettu täysin omat dementiaosastot.

Muistihäiriöisten iäkkäiden hoitaminen vaatii taitavan, dementia-potilaiden hoidosta kiinnostuneen henkilökunnan ja lääkärin. Dementoivan sairauden loppuvaiheessa iäkkäät ovat hyvin usein vuodepotilaita, jotka tarvitsevat suurimmaksi osaksi vain osaavaa perushoitoa. Omaiset toivoisivat usein, että oma läheinen saisi olla kuolemaansa asti samassa paikassa. Dementia-osastolla tämä asia voidaan hoitaa esimerkiksi niin, että osasto jaettaisiin kahteen osaan iäkkäiden toimintakyvyn mukaisesti. (Sulkava 2010, 137.)

Vaativampaa hoitoa on mahdollista tarjota dementia-yksiköiden, joissa suurin osa iäkkäistä on lyhytaikais-hoidossa, joko jaksottaisesti tai kotitilanteen äkkiä muuttuessa. Tällaisellakin osastolla on tärkeää varata puolet paikoista pitkäaikaispotilaille, jotta ei tulisi liian nopeaa potilasvaihtoa. Päivä- ja yöhoito sopivat hyvin tällaisenkin dementia-yksikön toimenkuvaan. Fysioterapeutin ja muun henkilökunnan antama fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen sekä virikkeellinen toiminta kuuluvat tällaisen palveluyksikön päivittäiseen toimenkuvaan. Dementia-yksiköissä ja -kodeissa on oltava vakituinen lääkäri, joka tuntee kaikki iäkkäät ja joka on tavoitettavissa ongelmien tapahtuessa. Motivaation ja osaamisen ylläpitämiseksi henkilökunnalla pitää olla mahdollisuus säännölliseen koulutukseen. (Sulkava 2010, 137.)

Dementia-yksiköissä työskentelevien hoitajien on oltava asiantuntevia ja ottaa selvää iäkkään eletystä elämästä. Hoitajien on kunnioitettava iäkkäitä sekä tietää iäkkäiden itsemääräämisoikeuksista. Toisaalta monesti iäkkäiden kanssa työskentelevät joutuvat kohtaamaan vaikeita eettisiä ongelmia. Monesti hoitaja itse tietää, millainen hoito muistisairaalle iäkkäälle on parasta, mutta ei pysty toteuttamaan tällaista hoitoa resurssien vähyyden takia. Tärkein päämäärä on huolehtia iäkkään terveydestä, hyvästä olost ja itsemääräämisoikeudesta. (Haukka, Kivelä, Medina, Pyykkö & Vehviläinen 2006, 12.)

Muistisairaana iäkkään ympäristön on oltava rauhoittava ja ympäristön on tarjottava virikkeitä muistisairaalle iäkkäälle. Laitoshoidossa virikkeitä tarjoavat osallistuminen arkipäivän toiminnot. Osallistumalla erilaisiin toimintoihin, säilyy muistisairaana iäkkään arjen tunnistettavuus ja tutut toiminnot ylläpitävät muistia, kielellistä kykyä ja sosiaalisia taitoja. Tuen ja auttamisen lähtökohta on, että hoitohenkilökunta tietää iäkkään yksilölliset voimavarat sekä toimintakyvyn heikot ja vahvat alueet. (Routasalo 2004, 87.)

Hautala-Jylhän, Klemolan, Nikkosen ja Pietilän (2005, 5, 7–8) tutkimus tehtiin haastatteluna, havainnoimalla ja päiväkirjamerkinnöillä. Suurimmat toiveet iäkkäillä olivat asuin-ympäristön yksityisyys ja viihtyisyys, toisten asukkaiden käytöstavat, hoitajien palvelu-alttius ja läheisten ihmissuhteiden säilyminen. Myöskään jokapäiväisistä kodinaskareista ei haluttu luopua. Tärkeänä iäkkäät pitivät, että heille olisi itsemääräämisoikeus tulevassa hoitokodissa. Tulosten perusteella olisi tärkeää, että hoitokodin henkilökunta pystyisi tutustumaan iäkkään kotiin ennen kuin hän siirtyy hoitokotiin. Iäkkäät toivoivat myös, että tuleva hoitopaikka olisi kodinomainen eli siellä olisi omia tavaroita, joista heijastuu mennyt elämä.

Elo, Isola ja Saarnio (2013, 17, 20–21) tutkivat, millainen on hoitohenkilökunnan mukaan muistisairaana iäkkään omatoiminen ja turvallinen ympäristö. He jakoivat tämän neljään eri luokkaan eli mahdollistava ja aktivoiva ympäristö hoitoympäristö, turvallinen hoitoympäristö, esteetön hoitoympäristö sekä hallittava ympäristö. Tutkimuksen mukaan iäkkäiden fyysistä toimintakykyä tukevat ympäristötekijät olivat eniten huomioitu, esimerkiksi erilaiset apuvälineet ja lyhyet kulkumatkat osaston sisällä. Sen sijaan kognitiivista toimintakykyä ylläpitävien ympäristötekijöiden tuominen esille oli hyvin vähäistä. Näitä olivat esimerkiksi riittävä valaistus, värien käyttö ja nimikyltit muistin tukena.

3.2.1 Liikkumisen ylläpitäminen ja edistäminen

Muistisairaiden iäkkäiden fyysinen kuntoutus on esimerkiksi erilaisten apuvälineiden käytön opettelua (Lundgren 2000, 17). Apuvälineiden käyttö on koettu iän karttuessa välttämättömänä, mutta iäkkäät kokevat myös että erilaisten apuvälineiden käyttö saattaa ajoittain rajoittaa tai hankaloittaa asioiden hoitamista (Pitkälä & Pohjalainen 2006, 8).

On huomioitava myös iäkkään tasapainon hallinta ja liikunnan säilyminen. Näihin liittyvät ongelmat on aina syytä kartoittaa. Lääkehoito on katsottava uudestaan muistisairauden todettua. On poistettava lääkkeet, jotka voivat lisätä kaatumisriskiä. Muistisairaana liikuntaharjoitukset on syytä suunnitella niin, että niihin liittyvät jollain tavoin myös aistit ja muistaminen. (Haukka ym. 2016, 290–291.)

Voimaharjoittelu on tehokas ja turvallinen harjoittelumuoto ikääntyvien lihasvoiman ja fyysisen toimintakyvyn ylläpitämiseen ja edistämiseen. Voimaharjoittelulla on monin tavoin vaikutusta iäkkäiden elimistöön ja elämänlaatuun. Harjoittelu kolme kertaa viikossa tuottaa parhaat tulokset iäkkäille. Voimaharjoittelun on oltava pitkäkestoista ja jatkuvaa. (Sarin 2005, 2885–2889; Sipilä 2008, 90–93.)

Jopa yli 90-vuotiaat voivat tehdä voimaharjoittelua. Sen avulla suurentunut voimataso auttaa nivelten liikkumisessa. Toisaalta myös kaatumisen ja lonkkamurtuman riski pienenee. Vähäinen voimaharjoittelu edistää iäkkään fyysistä toimintakykyä niin, että hän selviää jokapäiväisessä elämässään. (Elo-niemi-Sulkava, Huusko, Laakkonen, Pietilä, Pitkälä, Raivio, Routasalo, Saarenheimo, Savikko, Stranberg, & Tilvas 2007, 3851–3856; Sarin 2005, 2885–2889.)

Iäkkään vaeltelulla tarkoitetaan muistisairauksiin liittyvää liiallista ja usein toistuvaa kävelyä. Tämä saattaa olla tutun paikan etsimistä. Muistisairaana vaeltelevan iäkkään mahdollisuus karkaamiseen on minimoitava. Vaeltelun iäkkään kanssa ulkoillessa on syytä käyttää samoja reittejä. Iäkkään vaeltelu on kirjattava tarkasti, jotta tiedetä, mihin vuorokauden aikaan vaeltelua on useimmiten ja millaisissa tilanteissa vaeltelu on jatkuvampaa. Vaeltelevan iäkkään hoitona on riittävä päivittäinen liikkuminen. Sitä on turha yrittää estää sitomisella. (Haukka ym. 2006, 290.)

3.2.2 Ravitsemukseen liittyvien toimintojen ylläpitäminen ja edistäminen

Iäkkäiden toimintakykyyn ja terveydentilaan ovat vahvasti yhteydessä ruokailu, ravitsemustila ja ravinnonsaanti. Ravitsemustila voi heikentyä monista syistä ja se voi ilmetä monella eri tavalla. Saadun ravinnon määrä voi olla tarvetta pienempi ja iäkkään ruokahalu huono, jolloin paino vaihtelee tai laskee ja lihaskunto heikkenee. Aliravitsemuksen merkkejä ovat myös ihon kuivuminen ja hiusten lähtö sekä painehaavat. On muistettava myös, että ylipainoinen iäkäs voi kärsiä huonosta ravitsemustilasta. Runsaan rasvakudoksen alla saattaa olla lihaskatoa, joka voi heikentää toimintakykyä. (Finne-Soveri, Hakala, Hakala-Lahtinen, Männistö, Pitkälä, Sarlio-Lähteenkorva, Soini & Suominen 2010, 16.)

Muistisairaudet aiheuttavat paljon ongelmia iäkkäiden syömiseen ja juomiseen. Muistisairas iäkäs on otettava mukaan esimerkiksi ruuan valmistukseen. On otettava selvää, mistä ruuasta iäkäs pitää, jotta hän todella pysyisi nauttimaan syömisestä ja juomisesta. Syömistilanteeseen on syytä luoda turvallisia rutiineja, esimerkiksi iäkkäällä on hyvä olla oma ruokailupaikka. Iäkäs olisi hyvä ohjata pöytään vasta kun ruoka on jo tarjolla. Muistisairaana ruokailuastioiden hahmottamisen helpottamiseksi on olennaista, että astiat erottuvat pöydästä. Monen iäkkään syöminen onnistuu helpommin, kun hoitaja näyttää, mitä kuuluu tehdä. (Haukka ym. 2016, 291–293.)

Tutkimusten mukaan iäkkäiden ravitsemuksessa saattaa olla suuria puutteita erityisesti laitoshoidossa. Ravitsemustilan ylläpitämisessä ennaltaehkäisy on hyvin tärkeää, sillä iäkkäiden heikon ravitsemustilan parantaminen on lopulta vaikeaa. (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2007, 232.)

Syömistä voidaan helpottaa myös siten, että hoitaja pitää omaa kättään iäkkään sormien päällä ja auttaa viemään ruokaa suuhun. Näin avustettuna iäkäs saattaa saada hieman syötyä myös itsenäisesti. Toisaalta iäkkäitä on usein muistuttava, että nyt syödään, koska he voivat syömistilanteessa unohtaa, mitä ovat tekemässä. Ennen kuin muistisairalle iäkkäälle antaa kiinteää ruokaa on hoitajan annettava ensin juotavaa, jotta iäkäs muistaa niellä eikä ruoka tartu kurkkuun. (Haukka ym. 2006, 293.)

Tärkeää on huomioida ne ikääntyneet, jotka eivät enää pysty syömään ilman hoitajan avustusta. Erityisesti sairaana oleva iäkäs ei pysty huolehtimaan ruokailusta ja riittävästä ravinnonsaannista. Tämän vuoksi syystä laitoksien hoitajien tulee huomioida iäkkään riittävä avun saanti ruokailussa. Ruokailu on tärkeä hoidon osatekijä iäkkään toimintakyvyn ylläpitämisessä ja edistämisesä. (Finne-Soveri ym. 2010, 18.)

3.2.3 Erittämisen ylläpitäminen ja edistäminen

Muistisairauksien yleisin oire on erittämisessä virtsanpidätyskyvyttömyys. Tavoitteena on, että iäkkäiden erityistoiminnot pysyisivät mahdollisimman luonnollisina pitkään. Iäkkäitä on tarkkailtava jatkuvasti, jotta huomattaisiin, koska heillä on asiaa wc:hen. Muistisairaalta iäkkäältä on syytä kysyä muutaman tunnin välein, onko hänellä asiaa wc:hen, jotta normaaleja wc-toimintoja voitaisiin ylläpitää. Erittämistä on seurattava ja kirjattava säännöllisesti. Iäkkään riittävä liikkuminen estää virtsatientulehdusta. (Haukka ym. 2006, 295–296.)

Liikkuvan iäkkään vaippojen käyttö öisin ei saa johtaa vaippojen käyttöön myös päivisin. Yöllä liikkuvan muistisairaana wc:ssä on oltava valo päällä, joka mahdollistaa turvallisen liikkumisen wc:hen. Hyvin muistisairaana iäkkään erittämisen arvaamattomuus on yleistä. Edellisellä kerralla hyväksitty koettu tapa, ei enää välttämättä toimi seuraavalla kerralla. Erittämiseen liittyvän katastrofitilanteen jälkeen on iäkkäälle näytettävä hyväksyntää eikä paheksuntaa. (Haukka ym. 2006, 296.)

3.2.4 Hygienian ja pukeutumisen ylläpitäminen ja edistäminen

Muistisairaana iäkkään suihkutusajat on sovittava iäkkään käytösoireiden kannalta sopivimpaan hetkeen. Pesutiloissa ei saisi säilyttää ylimääräisiä tavaroita, kuten apuvälineitä, jotka saattavat luoda muistisairaalla pelottavia mielikuvia. Pesutilojen on oltava valoisin ja lämpimiä. Iäkstä pestessä on hoitajan oltava rauhallinen ja pidettävä katsekontakti iäkkääseen. Iäkkään olisi hyvä antaa itse osallistua mahdollisimman paljon oman hygieniansa hoitamiseen. (Haukka ym. 2006, 297.)

Muistisairaita hoitavissa yksiköissä olisi hyvä olla saunomismahdollisuus, koska saunominen voi tuoda iäkkäille hyviä muistoja. Puhtaudenpitoon, riisumiseen ja pukeutumiseen on luotava tiettyjä rituaaleja. Hyvän olon kokemuksia erityisesti naisilla tuovat hiusten kampaaminen ja erilaisten ihotuotteiden käyttö. (Haukka ym. 2006, 297.)

Muistisairaiden iäkkäiden pukemis- ja riisumistilanteet on rakennettava rauhallisiksi ja kiireettömiksi. Hoitajan laulelu voi saada iäkkään pukemisen sujumaan rattoisammin. Hyvään hoitoon kuuluu myös, että iäkkäät saavat käyttää itselleen tärkeitä kauneudenhoitotuotteita. Muistisairaille suunnatuissa yksiköissä on hyvä olla paljon erilaisia koruja naisille, koska monille naispuolisille korujen käyttö on ollut tärkeää nuorempana. (Haukka ym. 2006, 298.)

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö. Se toteutetaan tekemällä opas iäkkäiden muistisairaiden toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja edistämiseksi Heikanrinteen palvelukeskukseen. Tavoite on edistää Heikanrinteen palvelukeskuksen muistisairaiden iäkkäiden fyysisen toimintakyvyn ylläpitämistä ja edistämistä. Oppaan on tarkoitus tulla osaksi perehdytystä Kieloon.

Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto ammattikorkeakoulussa tehtävälle tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tavoitellaan ammatillisessa kentässä käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjeistämistä ja järjestämistä. Se voi olla esimerkiksi ammatilliseen käytäntöön suunnattu ohje tai perehdyttämisopas. Toteutumistapa voi esimerkiksi olla kirja, kansio tai opas. Toiminnallisessa opinnäytetyössä on tärkeää, että siinä yhdistyy käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin. (Airaksinen & Vilka 2003, 9.)

Heikanrinteen palvelukeskus sijaitsee Forssassa, jossa forssalaiset iäkkäät saavat ympärivuorokautista tehostettua palveluasumista turvallisessa ja virikkeellisessä hoitoympäristössä. Tehostettu palveluasuminen muodostuu vuokra-asumisesta, hoiva- ja hoitopalveluista ja tukipalveluista. Se on tarkoitettu pääasiassa iäkkäille, jotka tarvitsevat toimintakyvyn heikentymisen vuoksi hoivaa, tukea, huolenpitoa ja ohjausta ja eivät enää kotiin tuotettujen palvelujen turvin selviydy omassa kodissaan. (Puroummi, haastattelu 30.5.2013.)

Oppaan suunnittelun tukena toimi ohjausryhmä, johon kuului neljä Kielokodin työntekijää. Ohjausryhmä kokoontui kaksi kertaa. Aluksi ohjausryhmässä kartoitimme Kielon nykytilanteen ja pohdimme, mitkä ovat suurimmat haasteet fyysistä toimintakykyä ylläpitävässä ja edistävässä hoitotyössä. Tämän jälkeen mietimme, miten oppaasta on mahdollisimman paljon hyötyä. Pohdimme myös, millaista lisämateriaalia oppaaseen olisi hyvä laittaa, jotka palvelisivat oppaan lukijoita. (Ohjausryhmän kokoontuminen 28.2.2013.)

Ohjausryhmä toivoi, että oppaasta tulisi selkeästi luettava ja siinä olisi myös kuvia. Oppaaseen otettiin kuvia Kielokodissa. Kuvista ei ole tunnistettavista Kielokodin asiakkaita. Tutustuin kuntahoitajalla oleviin materiaaleihin, joissa on jumppaohjeita esimerkiksi vuodeasiakkaille. Oppaaseen tuli aivohalvauspotilaiden asentohoitoon liittyviä ohjeita, koska Kielossa on aivohalvaus asiakkaita. Oppaan ulkonäön on oltava sellainen, että se houkuttelee lukemaan. (Ohjausryhmän kokoontuminen 28.2.2013.)

Tulostin oppaan värillisenä ja vein sen Kieloon. Lähetin oppaani lopuksi myös sähköpostilla Kielokodin osastonhoitajalle. Näin oppaani on myös sähköisenä versiona heillä ja sitä voi kehittää lisää. Annoin heille luvan kehittää opastani jatkossa.

5 OPAS IÄKKÄIDEN FYYSISEN TOIMINTAKYVYN YLLÄPITÄMISEKSI

Oppaan fontti on isoa ja selkeää. Oppaan teksti on helposti luettavaa ja se palvelee hyvin Kielon henkilökuntaa. Teksti etenee loogisesti ja oppaan asiat liittyvät luontevasti toisiinsa. Oppaassa on paljon erilaisten apuvälineiden kuvia ja niissä on kuvatekstit, jotka kertovat, mitä kuvissa on. Kuvatekstit ovat selkeästi luettavissa. Oppaan värikkäät kuvat houkuttelevat lukemaan opasta. Oppaassa on selkeästi jokaisen osa-alueen kohdalla, mikä on sen tavoite.

5.1 Oppaan ulkoasu

Tekstiä täydentävät ja selittävät kuvat lisäävät oppaan luotettavuutta, ymmärrettävyyttä ja kiinnostavuutta. Kuvan ja tekstin yhdistäminen on tiedon muistissa säilyttämisen kannalta keskeistä. Kuvaan olisi hyvä laittaa kuvateksti, joka kertoo kuvasta jotain sellaista, jota itse kuvasta ei voi nähdä. Tekstin ja kuvien asettelu paperille houkuttelee lukemaan sekä parantaa oppaan ymmärrettävyyttä. Toisaalta, tyhjää tilaa ei tarvitse välttää, se voi jopa lisätä oppaan selkeyttä. Kokonaisuuden tulee herättää huomiota ja selkeästi määritellä kohderyhmä. (Heikkinen ym. 2002, 40–42; Koskinen-Ollonqvist ym. 2001, 9–21.)

Oppaan teksti on suunniteltava niin, että se palvelee mahdollisimman hyvin vastaanottajaa. On huomioitava kohderyhmän ikä ja aikaisempi tietämys aiheesta sekä tuotoksen käyttötarkoitus. Tärkeimpiä asioita ovat asiasisällön sopivuus kohderyhmälle, oppaan käytettävyys käyttöympäristössä ja kohderyhmässä, informatiivisuus, johdonmukaisuus ja selkeys. Opasta tehtäessä on tärkeää kiinnittää huomiota erityisesti sen luottavuuteen, johon vaikuttavat esimerkiksi oppaan koko, fontti, värit ja tekstikoko. (Aira-sinen & Vilkkä 2004, 52–53, 72, 129; Heikkinen, Tiainen & Torkkola 2002, 13; Koskinen-Ollonqvist ym. 2001, 9–21.)

Hyvässä oppaassa, asiat liittyvät luontevasti toisiinsa ja ne etenevät loogisesti. Otsikot selkeyttävät opasta ja väliotsikot auttavat tekstin hahmottamisessa. Asiat voi kertoa aika-, tärkeysjärjestyksessä tai aihepiireittäin. Erilaisilla luetteloilla voi jaksottaa opasta, mutta luetteloiden ei tule olla liian pitkiä. Tekstin on oltava ymmärrettävää ja tekstissä on hyvä käyttää yleiskielen sanoja. Huolimattomasti tehty teksti ja kirjoitusvirheet hankaloittavat oppaan ymmärtämistä. Hyvä opas kannustaa mahdollisimman hyvään omaan toimintaan. (Hyvärinen 2005, 1769–1772; Koskinen-Ollonqvist, Parkkunen & Vertio, 2001, 9, 12.)

Hyvällä terveystieteillä pitää olla jonkinlainen selkeä terveystavoite. Aineiston ollessa hyvä lukija pystyy helposti ymmärtämään, mihin aineistolla pyritään ja hahmottamaan, mihin kyseinen terveystieteen liittyy. Asettamalla oppaalle tavoite voidaan vastata kysymykseen: mitä tapahtuu, kun vastaanottaja perehtyy aineistoon. Kaikkea ei tarvitse kertoa yhdessä

oppaassa. Asiat on esitettävä lyhyesti ja kaikki turha tieto on syytä jättää pois. Terveysaineiston tiedon on oltava ajan tasalla olevaa ja virheetöntä. Oppaan tietojen on perustuttava tutkittuun tietoon. (Koskinen-Ollonqvist ym. 2001, 11–12 .)

5.2 Sisällölliset lähtökohdat

Heikanrinteen palvelukeskuksen henkilöstö avustaa ikääntyneitä arjen askareissa sekä toteuttaa hoivaa ja hoitoa asiakkaan itsenäistä selviytymistä ja voimavaroja tukien. Tavoitteena on, että asiakas tekee itse sen, mihin hänen voimavaransa riittävät ja tarvittaessa hoitohenkilökunta tukee, ohjaa ja auttaa asiakasta selviytymään jokapäiväisistä toiminnoistaan. Heikanrinteen palvelukeskuksessa on yhteensä kuusi tehostetun palvelun yksikköä, joista Kielokodissa on 20 tehostetun palveluasumisen paikkaa ikäihmisille. (Purorummi, haastattelu 30.5.2013.) Oppaan lähtökohtana on Kielokodin nykytilanne asukkaiden fyysisen toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja edistämiseksi. Tämän kartoittamisen tukena Kielossa on käytössä Elämissen toiminnot- ja Elämäntietokirja-lomake.

Opas on jaettu osioihin liikkuminen, peseytyminen ja pukeutuminen, wc-toiminnot ja ruokailu. Oppaassa on kuvia, jotka otin Kielokodissa. Opas sisältää myös jumppaohjeita, MMSE-testin, aivoverenkiertohäiriöpotilaan asentohoidon ohjeita, ergonomiaoheita ja aiheeseen liittyvän tutkimuksen.

5.2.1 Liikkuminen

Ohjausryhmän mukaan kaikkia asiakkaita pyritään kävelyttämään mahdollisimman paljon, mutta silti voisi kävelyttää vieläkin useammin. Esimerkiksi joitakin asiakkaita kävelytetään aamulla aamupalalle aulaan ja illalla omaan huoneeseen nukkumaan, heitä pyritään kävelyttämään myös päivän aikana. Tällä ennaltaehkäistään vuodepotilaaksi joutumista. Myös vuodeasiakkaita – vuodeasiakkaita osastolla on yli puolet osastolla olevista iäkkäistä – pyritään nostamaan istumaan geriatriseen tuoliin päivittäin, jotta he eivät joutuisi olemaan koko päivää yksin omassa huoneessaan. Vuodeasiakkailta on tärkeää asentohoito ja se, että antaa heidän itse kääntyä, esimerkiksi vaippaa vaihdettaessa, kuitenkin kaikki vuodeasiakkaat eivät pysty lainkaan itse kääntymään sängyssään ilman hoitajan apua. Tässäkin löytyy vielä parannettava, sillä monesti hoitajien on nopeampaa kääntää asiakas, eivätkä kaikki jaksaa odottaa, että asiakas itse kääntyisi. (Ohjausryhmän kokoontuminen 28.2.2013.)

Jalkineiden pitäisi olla ehdottomasti kaikilla asiakkailta oikean kokoiset ja sellaiset, mitkä eivät lähde helposti jalasta. Liikkumisessa on tärkeää myös asiakkaiden ulkoiluttaminen ja tällä yksiköllä se painottuu kevät- ja kesäaikaan. Silloin on myös yksiköllä käytettävissä erillisiä ulkoiluttajia. Ulkoilemisella edistetään samalla asiakkaiden psyykkistä jaksamista. Kesällä on erilaisia tapahtumia, esimerkiksi jumppaa ulkona. Se parantaa iäkkäi-

den fyysisen toimintakyvyn ylläpitämistä ja edistämistä. Kielossa on kuntohoitaja, joka järjestää maanantaisin ja torstaisin tuolijumppaa talon juhlasalissa ja Heikanrinteen palvelukeskuksessa on myös kuntosali, johon iäkkään pääsevät halutessaan jumppaamaan. Kielokodin kuntohoitaja voi tulla esimerkiksi neuvomaan, millä tavoin lonkkaleikkauksessa ollut asiakasta siirretään oikealla tavalla. (Ohjausryhmän kokoontuminen 28.2.2013.)

5.2.2 Peseytyminen ja pukeutuminen

Kielossa pyritään panostamaan siihen, että annetaan jokaisen iäkkään tehdä itse pesuja, esimerkiksi hoitaja antaa asiakkaalle pesulapun käteen ja hän itse saa pyyhkiä naaman ja kädet. Suihkutettaessa myös pyritään siihen, että iäkkäälle annetaan suihku omaan käteen ja hän saa itse pestä etupuolelta. Tähän kuitenkin vaikuttaa osaston kiire eli aina ei ole aikaa odottaa, että iäkäs saa itse pestyä esimerkiksi kasvonsa. Peseytymisessä on tärkeää ohjata iäkästä, jotta peseminen onnistuisi mahdollisimman hyvin. Kaikkia iäkkäitä ei voi jättää yksin pesemään itseään, koska monilta esimerkiksi kasvojen pyyhkiminen ei onnistu ilman ohjausta. Se luo myös iäkkäille turvallisuuden tunnetta kun häntä ohjataan ja tuetaan pesutilanteessa. Asiakkaalle annetaan kuivaustilanteessa pyyhe käteen ja ohjeistetaan kuivaamaan itse, tämä joskus unohtuu kiireessä. (Ohjausryhmän kokoontuminen 3.3.2013.)

Kielokodissa pestään tekohampaat joka ilta ja ne laitetaan yöksi kuivana WC:ssä olevaan astiaan tai likoamaan yön ajaksi veteen, jossa on Coregaa. Hammasproteeseja ei jätetä iäkkäiden suuhun yöksi, koska on vaarana, että joku nielaisee ne vahingossa nukkuessaan. Jos iäkkäällä on vielä omia hampaita suussaan, niin ne pyritään pesemään aamuin illoin. Tähänkin on liitetty kiire, eli aina ei ole aikaa kiinnittää huomiota iäkkäiden hampaiden hoitoon. (Ohjausryhmän kokoontuminen 3.3.2013.)

Pukeutumisessa pyritään iäkkäitä ohjeistamaan itse esimerkiksi laittamaan paita päälle tai napittamaan paita. Tässäkin on tärkeää antaa iäkkäälle aikaa ja ohjeistaa häntä. Kielossa pyritään siihen, että asiakkaat saavat itse valita vaatteet. Tämä tukee iäkkäiden psyykkistä toimintakykyä. Tämä myös saa iäkkäät tuntemaan, että heidän mielipiteillään on väliä. (Ohjausryhmän kokoontuminen 3.3.2013.)

5.2.3 WC-toiminnot

Kielokodissa pyritään siihen, että iäkkäitä viedään WC:hen säännöllisesti ja, että he ymmärtäisivät itse tunteen, kun pitää päästä vessaan. Näin iäkkäillä säilyy mahdollisimman luonnollisena WC:ssä käyminen, eikä vaipa olisi aina märkä tai välttyttäisiin siltä, että vatsa ei toimisi normaalisti. Iäkkäitä pyritään nostamaan pyörätuolista seisomaan ja esimerkiksi vapaasti seisovalle tekemään hädät. Tämä edistää luonnollista vatsan toimintaa, kun iäkkäät hiukan liikkuvat ja ovat istuma-asennossa kun tekevät häntänsä. (Ohjausryhmän kokoontuminen 3.3.2013.)

Monilla iäkkäillä on vatsanpehmikelääke (Lactulos) käytössä, jos ulostetta ei tule usein. Yksikössä tavoitteena on, että kaikilla iäkkäillä vatsa toimisi kunnolla vähintään kolmen päivän välein. Toisaalta vatsanpehmikelääke on lopetettu monelta iäkkäältä jos uloste on ollut hyvin löysää. Tässä tärkeää on seuranta ja Kielossa on käytössä jokaisen asiakkaan kohdalla vatsantoimintalista, johon merkitään, koska vatsa on toiminut ja siihen merkitään myös jos vatsa on toiminut puikkojen (Mikrolax) avulla. Monilla iäkkäille myös puikot käytössä, joka edistää vatsan toimintaa. Joitakin iäkkäitä joutuu myös tuseeraamaan, koska heidän vatsan toimintaa eivät enää edistä vatsanpehmikelääkkeet tai puikot. Tästä kuitenkin pyritään pääsemään eroon ja tavoite on, että kaikkien vatsat toimisivat puikkojen tai vatsanpehmikelääkkeet avustuksella. (Ohjausryhmän kokoontuminen 3.3.2013.)

5.2.4 Ruokailu

Kielokodissa pyritään siihen, että iäkkäät pystyisivät mahdollisimman pitkään itse syömään ilman hoitajan avustusta. Ruokailussa on myös tärkeää ohjaus ja ajan antaminen syömistilanteessa. On tärkeää, että pöytä on tarpeeksi lähellä, jos iäkäs pystyy esimerkiksi itse juomaan, näin hän saa itse juoman pöydältä. Sama koskee myös sitä, jos iäkäs pystyy itse syömään, on tärkeää, että kaikki ruoat ovat hänellä helposti saatavilla ja, että hän ylettyy jokaiseen eri ruokalajiin. (Ohjausryhmän kokoontuminen 3.3.2013.)

Kielossa kiinnitetään siihen huomiota, että tarvitseeko iäkäs nokkamukin juomaan vai riittääkö tavallinen juomalasi. Jos iäkkään kädet esimerkiksi ovat hyvin tarisevat, niin on mietittävä olisiko nokkamuki parempi vaihtoehto. Sama koskee myös tavallista lautasta ja syvää lautasta. Monella iäkkäälle on helpompaa syödä syvästä lautasesta, jolloin kaikki ruoat eivät tipu omaan syliin. Melkein kaikilla iäkkäillä on käytössä ruokalaput, jotta he eivät sotkisi omia vaatteitaan ruokaillessaan. Kielon eräs työntekijä on myös tehnyt kauniita ruokalappuja, joiden pinta on sellainen, että ne voidaan pyyhkiä ruokailun jälkeen. Monet iäkkäistä ovat sanoneet, että tykkäävät pitää niitä mieluummin kuin tavallisia paperia ruokalappuja. (Ohjausryhmän kokoontuminen 3.3.2013.)

Kielokodissa seurataan jokaisen iäkkään syömistä ja pohditaan tarvitseeko iäkäs muhennetun ruoan vai sopiiko vielä tavallinen ruoka. Tässä otetaan huomioon iäkkään hampaiden kunto, eli pystyykö iäkäs vielä pureskelemaan kunnolla syömänsä ruoan vai voiko olla vaarana, että hän nielaisee isoja ruoan paloja kurkkuun. Kielossa kiinnitetään huomiota siihen, miten ruoka laitetaan iäkkäiden lautaselle, eikä vain heitetä lautaselle miten satuu. Tosin tämä vaihtelee hoitajien keskuudessa, toiset kiinnittävät tähän enemmän huomiota kuin toiset. Iäkkäiltä usein kysytään haluavatko he tumman vai vaalean leivän, tällä selvitetään heidän omia mieltymyksiään ja heille annetaan hieman omaa valinnan vapautta. Tosin tätä eivät aivan kaikki hoitajat aina muista tehdä. (Ohjausryhmän kokoontuminen 3.3.2013.)

Kielokodin on tavoitteena, että annoskoot ovat sellaisia, että kaikilla iäkkäillä tulee vatsa täyteen ja kiinnitetään huomiota aterioväleihin. Päivän aikana iäkkäät saavat ruokaa muutaman tunnin välein, mutta joillekin saatetaan antaa iltapalaa jo hieman aikaisemmin, koska he ovat tottuneet menemään nukkumaan aikaisemmin kuin muut iäkkäät. Kielossa otetaan huomioon siis myös yksilölliset erot syömisissä ja niiden ajoissa. Tällä vältetään myös se, että toimitaan niin kuin laitospolisesti, eli kaikki saavat kaiken samaan aikaan. (Ohjausryhmän kokoontuminen 3.3.2013.)

5.2.5 Ergonomia

Fyysisen toimintakyvyn ylläpitämiseen ja edistämiseen kuuluvat selkeästi erilaiset sitä tukevat apuvälineet. Esimerkiksi geriatrinen tuoli, vapaasti seisovatuoli, suihkutuoli, sähkösängyt, apupöydät ja pyörätuolit. Hoitajien ammattitaito tuli esiin myös pohtiessamme ohjausryhmän kanssa erilaisia puutteita ja hyviä asioita fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisen ja edistämisen kannalta. On selvää, että jokainen hoitaja on erilainen ja toimintatavat saattavat olla erilaisia, mutta on tärkeää, että jokainen hoitaja on mahdollisimman ammattitaitoinen. Eli todella tietää mitä tekee, eikä tee asioita vain jotenkuten. Tämä tukee sitä, että asiakkaat saavat mahdollisimmat hyvää ja osaavaa hoitoa. (Ohjausryhmän kokoontuminen 3.3.2013.)

Työterveyslaitoksen (2013) mukaan potilassiirtoihin käytettyjen apuvälineiden avulla on tarkoitus antaa asiakkaalle tukea, kannattaa asiakkaan painoa, vähentää kitkaa siirtymisessä, estää asiakkaan liukumista ja helpottaa asiakkaasta kiinni ottamista. Tukea asiakkaille voi antaa esimerkiksi nousutuilla tai tukikahvoilla. Asiakkaan painoa voidaan kannatella nostimilla tai seisokanostimilla. Kitkaa on mahdollista vähentää siirtolevyillä, liukulaudoilla tai liukulakanoilla ja liukupatjoilla. Liukumisen estoon on apuvälineinä olemassa esimerkiksi liukuesteet. Asiakkaaseen saa helpoiten tartuttua esimerkiksi siirto- tai talutusvöiden tai siirtolevyjen ja siirtonauhujen avulla. Jos asiakas ei pysty lainkaan tukeutumaan raajoihinsa tai hoitajien fyysinen kuormitus on siirtämisen yhteydessä suuri, silloin suositellaan nostimien käyttöä.

Hoitajien mukaan Kielokodin tavoitteena on, että asiakkaita ei tarvitsisi lainkaan nostaa, vaan heitä vain avustettaisiin nousemisessa ohjaamalla. Vuodeasiakkaita nostetaan vuodesuojan ja liukulakanan avustuksella, jos he itse eivät enää pysty lainkaan nostamaan itseään. Nostamiseen on osastolla paljon erilaisia apuvälineitä. Siellä on käytössä nostovyöt ja heillä on myös mahdollisuus nosturin käyttöön. Kielossa ei ole käytössä liukulevyjä, vaikka ne varmasti olisivat monen asiakkaan kohdalla oikein toimiva apuväline. (Ohjausryhmän kokoontuminen 3.3.2013.)

Hoitotyön fyysisesti raskaimpia tehtäviä ovat asiakkaan liikkumisen avustaminen, siirrot ja nostot. Ergonomian tärkein periaate välttää asiakkaan nostamista käsivoimin ja pitkäaikaista työskentelyä huonossa asennossa. Apuvälineillä ja potilassiirtotaitoja kouluttamalla voidaan hoitajien kuormitusta vähentää huomattavasti. (Työterveyslaitos 213.)

Hoitotyössä on kiinnitettävä huomiota työskentelyasentoihin. Kumartelua ja kurkottelua on vältettävä. Selän on aina oltava suorassa ja paino kannattaa pitää jalkojen päälle. Jotta voisi vähentää selän kuormitusta, niin kannattaa esimerkiksi ottaa tukea kädellä tai vartalolla sängyn reunasta. Tarvittaessa on viisasta kyykistyä kumartumisen sijaan. (Työterveyslaitos 213.)

5.3 Oppaan liitteet ja lisämateriaali

Oppaassa on myös erilaisia jumppaohjeita kohdassa liikkuminen. Kyseiset jumppaohjeet sain käyttöni Heikanrinteen palvelukeskuksen fysioterapeutilta. Nämä ohjeet ovat oppaassa liikkumisosion yhteydessä. Aivoverenkiertohäiriöihin erikoistuneelta hoitajalta sain luvan käyttää aivoverenkiertohäiriöpotilaan asentohoito-ohjeita. Nämä on valittu mukaan oppaaseen, koska Kielossa on monia iäkkäitä, joilla on aivoverenkiertohäiriö. On tärkeää, että hoitajat ymmärtävät, miten aivoverenkiertohäiriöasiakkaan asentohoito eroaa tavallisen iäkkään asentohoidosta. Nämä ohjeet ovat oppaassa heti jumppaohjeiden jälkeen.

Oppaassa ensimmäisenä liitteenä on MMSE-testi. Sitä voidaan käyttää, jos iäkkäällä epäillään muistihäiriötä. Tuloksiin voivat vaikuttaa koulutus, puhehäiriöt ja sosiaalinen asema. Tämä testi valittiin mukaan oppaaseen, koska se on Kielossa yleisesti käytössä ja jokaisen työntekijän on osattava käyttää sitä. Jokaiselle iäkkäälle Kielossa on tehty tämä testi.

Oppaan lopussa on artikkeli, jossa kerrotaan erilaisista tutkimuksista, miten iäkkäiden toimintakyvyn ylläpitämistä ja edistämistä on tutkittu. Siinä kerrotaan myös yleisesti, mitkä eri asiat vaikuttavat toimintakyvyn laskuun ja, miten toimintakykyä olisi mahdollista edistää vanhuudessa. Artikkelin antaa varmasti monelle hoitajalle uusia asioita mietittäväksi, miten toimintakykyä voitaisiin edistää.

5.4 Oppaan arviointi

Keräsin palautetta oppaastani. Lähetin sähköpostin kautta Kielokodin osastonhoitajalle saatekirjaan ja palautekyselyn. Palautekysely sisältää kysymykset: ”Onko opas hyödyllinen Kielokodissa? Mitkä tekijät vaikuttavat hyödyllisyyteen?” Jos osallistuit oppaan tekoon, niin tunnetko, että sait äänesi kuuluville?” Oliko ohjausryhmän koko sopiva?” Kielokodista saama palaute on yhden A4-paperin mittainen.

Kielokodista saamani palaute on hyvin positiivinen. Palautteen mukaan oppaani on sopiva uusien työntekijöiden perehdyttämiseksi ja se on herätellyt ajatuksia vakituisten työntekijöiden työskentelytavoissa. Palautteessa tulee ilmi, että hoitajien mielestä perushoito sisältää paljon puolesta tekemistä. Palautteessa kerrotaan myös, että oppaani saa työntekijät huomioimaan vielä paremmin iäkkäiden voimavarat. Palautteessa oli huomioitu oppaani kohta ergonomiasta erikseen. Tulee ilmi, että oppaassa olevia ergonomia ohjeet saattavat helposti unohtua, ja niistä vain muutamaa todella tulee käytettyä. Palautteen lopussa todetaan, että ergonomian pohtiminen on nyt aloitettava. Lopuksi hoitajat kiittävät minua, että valitsin heidän yksikön opinnäytetyöni kohteeksi.

Kielosta saamani palaute ei ehkä ollut riittävän kattava. Siinä ei esimerkiksi käsitelty lainkaan ohjausryhmän toimintaa. En siis tiedä saivatko kaikki ohjausryhmään kuuluvat hoitajat äänensä kuuluville ja ovatko kaikki todella tyytyväisiä lopulta oppaaseeni. Olisin halunnut palautteet niin, että jokainen hoitaja olisi itse kirjoittanut oman palautteen. Eikä niin, että he keräsivät yhteisen palautteen. Ehkä kaikilta yksilöinä saatu palaute olisi tuonut esille enemmän eri näkökulmia.

6 POHDINTA

Tämä opas pyrkii osaltaan edistämään muistisairaiden iäkkäiden fyysisen toimintakyvyn ylläpitämistä ja edistämistä. Se onnistuu siinä mielestäni hyvin ja täyttää sille asetetut tavoitteet. Kaikki oppaan tieto on sellaista, että se on mahdollista toteuttaa Kielokodissa.

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden (1996) mukaan sairaanhoitajan tehtävänä on sairauksien ehkäiseminen, väestön terveyden edistäminen ja kärsimyksen lievittäminen. Sairaanhoitaja auttaa kaikenikäisiä ihmisiä hyvin erilaisissa elämäntilanteissa. Ihmisiä hoitaessaan sairaanhoitajan on pyrittävä tukemaan ja lisäämään ihmisten omia voimavaroja sekä parantamaan heidän elämänsä laatua. Sairaanhoitaja on työstään vastuussa ensisijaisesti niille potilaille, jotka tarvitsevat hänen hoitoaan. Hän edistää potilaiden yksilöllistä hyvää oloa ja suojelee ihmiselämää. Sairaanhoitaja kohtaa potilaan arvokkaana ihmisenä ja ottaa huomioon yksilön arvot, vakaumus ja tavat. Sairaanhoitajan ja potilaan välinen suhde perustuu avoimeen luottamukseen ja vuorovaikutukseen. Sairaanhoitaja toimii aina työssään oikeudenmukaisesti.

Ihmisarvoisen vanhuuden eettisiä periaatteita ovat voimavaralähtöisyys, itsemääräämisoikeus, osallisuus, oikeudenmukaisuus, turvallisuus ja yksilöllisyys. Tärkeää iäkkäiden kanssa työskennellessä on asiakaslähtöinen tapa tehdä työtä, jossa kunnioitetaan koko ajan iäkkään itsemääräämisoikeutta. Jotta iäkkään toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen olisi asiakaslähtöistä, tulee asiakas ottaa kuulluksi yksilönä omassa elinympäristössään. Hänellä on oltava mahdollisuus osallistua omaa toimintakykyään ylläpitävän edistävän toiminnan päätöksentekoon. (Wallin 2009, 112–113.)

Toimintakykyä ylläpitävän ja edistävän hoidon etiikan olennainen tehtävä on pohtia omaa arvopäämäärää. Sen päämääränä on saada ihminen toimintakykyiseksi siinä määrin, että hän selviää elämässä omin voimin, eikä ole liian riippuvainen muiden avusta. Toimintakykyä ylläpitävän ja edistävän hoidon ihanteellinen malli on, kun asiakas itse ymmärtää ja vaatii tarvitsewansa toimintakykyä ylläpitävää ja edistävää hoitoa. Toisaalta toimintakykyä ylläpitävän ja edistävän hoidon on oltava mahdollista. (Rissanen, Kallanranta & Suikkanen 2008, 112–114.)

Kielokodissa hoitajat päättivät keskenään, ketkä haluavat ohjausryhmään mukaan. Ohjausryhmässä oli mukana kolme hoitajaa ja osastonhoitaja. Luulen, että myös joku muu Kielon työntekijä olisi halunnut mukaan ohjausryhmään ja vaikuttamaan oppaani tekoon. Eettisesti olisi ollut oikein, että kaikki halukkaat olisivat päässeet mukaan ohjausryhmään. Tosin tässä tilanteessa ohjausryhmästä olisi saattanut tulla liian suuri. Toivon, että kehtään hoitajaa ei pakotettu mukaan ohjausryhmään, koska tämä ei olisi ollut

eettisesti oikein. En ainakaan havainnut, että kukaan ohjausryhmään kuuluvista ei olisi ollut kiinnostunut osallistumisesta ryhmään. Ohjausryhmä tuki hyvin koko tämän prosessin ajan tekemistäni.

Suomenkielistä tutkimustietoa aiheesta löytyi paljon. Kaikki käyttämäni tutkimukset tukevat aihettani todella hyvin. Jotkin lähteistä ovat vanhoja, mikä saattaa heikentää opinnäytetyön luotettavuutta. Kuitenkaan näiden vanhojen lähteiden tiedot, eivät ole vanhentuneet. Lähteitä on runsaasti opinnäytetyössäni ja lähteet ovat luotettavia.

6.2 Oma oppiminen

Tämä aihe on minulle tärkeä, koska pidän iäkkäiden ihmisten hoitamisesta. Koen, että pärjään hyvin heidän kanssaan sosiaalisesti, mutta fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen tuntuu välillä vaikealta. Siihen vaikuttaa hyvin paljon se, että ei vain ole ollut aikaa siihen perehtyä. Tämän työn myötä opin, että fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen ei vaadi minkäänlaisia suuria ja aikaa vieviä tekoja työntekijöiltä. Suurimmat teoreettiset asiat liittyen muistisairaisiin ovat minulle tuttuja, mutta opin myös teoriaa tehdessäni uusia asioita. Opin opinnäytetyötäni tehdessä paljon uudenlaista sanastoa liittyen muistisairaiden hoitoon.

Kun tein opasta, niin huomasin, että Kielossa on paljon erilaisia apuvälineitä. Olen itse nähnyt iäkkäitä hoitavissa palvelukeskuksissa liukulautoja, joiden avulla iäkäs voi siirtyä esimerkiksi pyörätuolista sänkyyn. Tällaista ei ole Kielokodissa käytössä, vaikka sellainen olisi heillä todella käytännöllinen ja hyvä. Myös seisomanojanostin olisi erittäin hyvä apuväline. Siitä potilas voisi itse ottaa kiinni ja yrittää nousta. Ergonomian osalta opin jotain uutta, mutta siihen olen jo entuudestaan perehtynyt laajemminkin.

Opasta tehdessäni itselleni vahvistui, millaisia asioita Kielokodissa olisi syytä edistää. Nämä asiat olivat oikeastaan melkein kaikki jo entuudestaan minun tiedossani, koska Kielo on minulle tuttu yksikkö. Oppimiseni kannalta olisi ehkä ollut tarpeen valita jokin toinen iäkkäitä hoitava yksikkö, jotta olisin itse voinut oppia enemmän uusia asioita.


6.3 Toimintakykyä tukevan hoitotyön toteuttaminen

Toivon, että opas tulisi Kielossa käyttöön, mutta yksi suuri huolenaihe on hoitohenkilökunnan kiire. Oppaan asioihin ei välttämättä ehdi kiinnittää huomiota, kun perushoitokin ehditään juuri ja juuri toteuttaa. Toivoisin kuitenkin, että edes jotain pieniä osia oppaastani tulisi hoitajille mieleen, kun he toteuttavat aivan sitä perushoitoakin. Samalla he voivat toteuttaa oppaani neuvoja.

Kehittämistyössä on tärkeää huomioida myös muut toimintakyvyn osa-alueet eli psyykinen, sosiaalinen ja kognitiivinen. On pohdittava, miten ne yhdessä vaikuttavat fyysiseen toimintakykyyn. Niistä olisi myös mahdollista tehdä omat oppaat.

Muistisairaus ja iäkkäiden hoitaminen on tällä hetkellä erittäin tärkeä asia Suomessa. Hoitajien jaksamiseen liittyviä asioita on tärkeää tutkia yhä enemmän. Jatkossa voisi pohtia, miten hoitajien aika ja motivaatio vaikuttavat iäkkäiden fyysisen toimintakyvyn ylläpitämiseen ja edistämiseen.

LÄHTEET

- Aejmelaeus, R., Kan, S., Katajisto, K-R & Pohjola, L. 2007. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: WSOY.
- Airaksinen, T. 2008. Kuntoutuksen etiikka. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Otava.
- Airaksinen, T. & Vilkkä, H. & 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus.
- Anttila, K., Kaila- Mattila, T., Kan, S., Puska, E., & Vihunen, R. 2007. Hoitamalla hyvää oloa. Helsinki: WSOY.
- Arve, S. & Routasalo, P. 2001. Vanhusten hoito laitoksessa - Näkökulmia vanhusten laitoshoidon kehittämiseen. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja ja raportteja A:30.
- Elo, S., Isola, A. & Saarnio, R. 2013. Hoitajien näkemyksiä muistisairaana fyysisestä hoitoympäristöstä. Tutkiva hoitotyö11 (3), 17–25.
- Eloniemi-Sulkava, U., Huusko, T., Laakkonen, M-L., Pietilä, M., Pitkälä, K., Raivio, M., Routasalo, P., Saarenheimo, M., Savikko, N., Stranberg, T. & Tilvas, R. 2007. Miten ikääntyneiden kuntoutus tulisi kehittää? Suomen Lääkärilehti 42(62), 3851–3856.
- Eloniemi-Sulkava, U. & Eloniemi, R. 2008. Muistisairaudet. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria – arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima, 82–116.
- Finne-Soveri, H., Hakala, P., Hakala-Lahtinen, P., Männistö, S., Pitkälä, K., Sarlio-Lähteenkorva, S. & Soini, H. Suominen, M. 2010. Ravitsemussuosittelut ikääntyneille. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Finnish Consulting Group. 2013. FIM-toimintakyvyn ja avuntarpeen arvioinnin mittari. Viitattu 24.5.2013. <http://fimmittari.fi/fim-mittari>
- Gustafsson, M-L., Katajisto, J., Puro, M., Suhonen, R. & Stolt, M. 2012. Ikääntyneiden ihmisten hoitotyössä työskentelevien hoitajien työtyytyväisyys. Hoitotiede24 (1), 27–37.
- Haikarainen, M., Heimonen, S. & Raatikka, T. 1997. Dementoituvan ihmisen toiminatakyvyn arviointi, seuranta ja tukeminen. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Helsinki: Kirjayhtymä Oy, 75–94.
- Haukka, U-M., Kivelä, S-L., Medina, A. V., Pyykkö, V. & Vehviläinen, S. 2006. Vanhustenhoito. Helsinki: WSOY.
- 

Hautala-Jylhä, P-L., Klemola, A., Nikkanen, M. & Pietilä, A-M. 2005. Elämä hoitokodissa: Haastattelututkimus vanhusten toiveista. Tutkiva hoitotyö 3 (3), 5–11.

Heikkinen, H. Tiainen, S. & Torkkola, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.

Heinonen, H. 2007. Ikääntyneiden toimintakykyä voidaan ja kannattaa edistää. Terveiden edistämisen tutkimusyksikkö. Viitattu 12.2.2013. <http://demo.seco.tkk.fi/tervesuomi/item/ktl:13034>

Huusko, T., Pitkälä, K. & Valvanne, J. 2010. Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Tilvis, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 438–456.

Hytönen, E. Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2007. Millä tavoin psykososiaalinen ryhmäliikunta-interventio vaikuttaa ikääntyneiden yksinäisyyteen? Gerontologia 21 (1), 17–25.

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Terveyskirjasto Duodecim (121), 1769–1773.

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). 2013. WHO. Viitattu 5.9.2013. <http://www.who.int/classifications/icf/en/>. [Viitattu 21.9.2009].

Kansanterveyslaki. 2007. 11.5.2007/568.

Karppi, P. & Nuotio. 2008. Geriatriinen arviointi. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria – arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima, 15–27.

Koskinen-Ollonqvist, P., Parkkunen, N. & Vertio, H. 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Terveiden edistämisenkeskuksen julkaisusarja 7/2001. Helsinki: Terveiden edistämisen keskus. Viitattu 6.9.2013. http://www.health.fi/content/files/jul_laa_suunnitteluopas.pdf

Lundgren, J. 2000. Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Helsinki: Monila Oy, 13–46.

Mäkinen, B. & Routasalo, P. 2003. Sairaanhoidaja ja iäkkään potilaan omainen. Tutkiva hoitotyö 1 (2), 16–21.

Niemelä, K., Noro, A. & Vähäkangas, P. 2013. Ympäri vuorokautisessa hoidossa olevien ikäihmisten kuntoutumis- ja voimavarakartoitus – Uusi apuväline kuntoutumista edistävään hoitotyöhön? Gerontologia 27 (1), 13–21.

Pitkälä, K. & Pohjalainen, P. 2006. Terveyselämäntyö eläkeiässä - Esimerkinä liikuntaharrastuksen tutkimus. Gerontologia 1 (20), 3–11.

Pirttilä, T. 2004. Muistihäiriöisen ja dementoituvan henkilön kuntoutus. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 11–21.

Pohjolainen, P. & Salonen, E. 2012. Toimintakyky vanhuudessa – mitkä tekijät sitä määrittävät? Gerontologia 26 (4), 235–246.

Rantanen, T. 2008. Terveysliikunta. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria – arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima, 322–342.

Routasalo, P. 2002a. Sairaanhoidajan asennoituminen iäkkääseen kuntoutuspotilaaseen ja kuntoutumista edistävään hoitotyöhön. Hoitotiede 14 (5), 254–263.

Routasalo, P. 2004. Kuntoutumista edistävä hoitotyö laitoksessa. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Helsinki: Tammi, 86–93.

Sairaanhoidajan eettiset ohjeet. 1996. Viitattu 5.9.2013.
http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_ty_o_ja_hoitotyon/sairaanhoidajan_ty_o/sairaanhoidajan_eettiset_ohjeet/

Sarin, J. 2005. Hyötykö vanhus voimaharjoittelusta. Suomen Lääkärilehti 27–29 (60), 2885–2888.

Sipilä, S. 2008. Liikunta ja lihasvoima. Teoksessa Havas, E. & Leinonen, R. (toim.) Fyysinen aktiivisuus iäkkäiden henkilöiden hyvinvoinnin edistäjänä. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 212. Jyväskylä 2008, 90–95.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Viitattu 13.2.2013.
<http://www.sosiaaliportti.fi/File/308e7352-a0a2-44df-bd07-ef82c2fe4dc5/ik%C3%A4ihmisten+toimintakyvyn+arviointi+stm.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2002. Kansanterveyslaitos. Terveys 2000 - tutkimus. Viitattu 31.1.2013.
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/tiedote/tied02/haotiedote2041.htm>

Sosiaaliportti. 2013. Toimintakyvyn arviointi. Viitattu 6.11.2013.
<http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/vammaispalvelujen-kasikirja/tyovalineitat/arviointimenetelmia/toimintakyvyn-arviointi/>

Sulkava, R. 2010. Muistisairaudet. Teoksessa Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Tilvis, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 120–145.

M. 2008. Ikääntyneen ravitsemus ja erityisruokavaliot. Opas ikääntyneitä hoitavalle henkilökunnalle. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. 7. painos. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Tilvis, R. 2010. Vanhenemismuutokset. Teoksessa Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Tilvis, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 20–61.

Työterveyslaitos. 2013. Potilassiirrot. Viitattu 6.11.2013.
http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/ergonomia_eri_aloille/terveydenhuolto/potilassiirrot/sivut/default.aspx

Wallin, M. 2009. Vanhukset mukaan kuntoutuksen suunnitteluun. Gerontologia 23 (2), 112–114.

HAASTATTELUT

Ohjausryhmän kokoontumiset 28.2 ja 3.3.2013. Heikanrinteen palvelukeskus.

Purorummi, P. 2013. Osastonhoitaja. Heikanrinteen palvelukeskus, Kiolo. Haastattelu 30.5.2013.